

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, С.С. ДАВЛАТОВ

**НЕОТЛОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

РУКОВОДСТВО

для клинических ординаторов,
слушателей факультетов повышения
квалификации и переподготовки врачей
(хирургов), студентов магистратуры и
старших курсов медицинских высших
образовательных учреждений



Самарканд - 2017

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН

ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного
управления науки и
учебных заведений МЗ Р Уз

Исмаилов У.С.

«21» декабря 2016 г.

Протокол № 12

«СОГЛАСОВАНО»

Директор Центра
развития медицинского
образования МЗ Р Уз

Алимова М.Х.

«12» декабря 2016 г.

Протокол № 12

НЕОТЛОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ

Руководство для клинических ординаторов, слушателей
факультетов повышения квалификации и переподготовки врачей
(хирургов), студентов магистратуры и старших курсов медицинских
высших образовательных учреждений



Самарканд - 2017

Составители:

- Курбаниязов З.Б.** доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.
- Давлатов С.С.** старший преподаватель кафедры хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.

Рецензенты:

- Акбаров М.М.** д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета ТМА.
- Карабаев Х.К.** д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №2 и урологии СамГосМИ.

Аннотация. "Неотложные заболевания органов брюшной полости" – одни из наиболее актуальных, сложных и ответственных направлений хирургии. Пациенты с «острым животом» составляют основной контингент поступающих с экстренными показаниями в хирургические стационары. В связи с этим актуальность руководства посвященной данной тематике не представляет сомнения. Так, в учебно-информационной части руководства рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза, методы клинической и инструментальной диагностики, клинических проявлений неотложных заболеваний брюшной полости. Описываются основные вопросы тактики диагностики и лечения острого живота с учетом современных миниинвазивных хирургических вмешательств. Приведены и самые известные, давно используемые вмешательства, и новейшие, в том числе лапароскопические, операции. Следует отметить, что хорошее знание анатомии убережет врача от технических ошибок, а четкое владение методикой позволит действовать в операционной быстро и уверенно. В втором разделе имеются контрольные задания для проверки усвоения материала. Руководство имеет практическую направленность и позволяет читателям научиться проверять конкретные симптомы неотложных заболеваний органов брюшной полости, оценить значимость дополнительных приемов исследования. Руководство предназначено для клинических ординаторов, слушателей факультетов повышения квалификации и переподготовки врачей (хирургов), студентов магистратуры и старших курсов медицинских высших образовательных учреждений.

Руководство обсуждено и утверждено на заседании Ученого Совета Самаркандского Государственного медицинского института и рекомендовано к печати.

« 15 » июль 2016 год, Протокол № 9

Секретарь Ученого Совета



С.С. Давлатов

Abstract. "Urgent diseases of the abdominal cavity organs" is one of the most relevant, complicated and important directions of the surgery. The main contingent of admitted in surgical hospitals patients with the emergency indications are those with "acute abdomen". In this regard, the relevance of guidance dedicated to the given subjects is not in doubt. Thus, in the educational and informational parts of the guidance etiology, pathogenesis, clinical and instrumental methods of diagnosis, and clinical presentations of the abdominal cavity urgent diseases are given. It describes the basic questions of diagnosis and treatment management of "acute abdomen" with current minimally invasive surgical interventions. The most famous interventions which have been used for a long time as well as the latest, including laparoscopic, surgeries are presented. It should be noted that a good knowledge of the anatomy will prevent the physician from technical mistakes and clear ownership of the methods allows operating in the operation room quickly and surely. In the second chapter, there are control tasks to check the assimilation of the given material. The guidance has practical direction and allows readers to learn how to check the specific symptoms of urgent abdominal diseases, evaluate the significance of the additional investigational methods. The guidance is intended for medical residents, students of professional development and retraining of doctors (surgeons), graduate students and senior courses of medical higher educational institutions.

Аннотация. «Қорин бўшлиғи кечиктириб бўлмайлиган касалликлари» - бу хирургиянинг бирмунча долзарб, мураккаб ва масъулият талаб қиладиган йўналишларидан. Хирургик стационардаги шошилиш кўрсатма билан мурожаат қилган беморларнинг асосий контингентини "ўткир қорин" билан беморлар ташкил этади. Қўлланманинг ўқув-информацион қисмида қорин бўшлиғи кечиктириб бўлмайлиган касалликларининг клиник белгилари, этиологияси, патогенези, клиник ва инструментал диагностикаси ёритилган. Ўткир қориннинг диагностика ва даво тактикасининг асосий кўринишлари замонавий миниинвазив хирургик аралашувларни ҳисобга олиб таърифланади. Даво усулларида кенг қўлланадиган ҳаммага маълум операциялар билан бирга замонавий лапароскопик операциялар ҳам келтирилган. Анатомияни яхши билиш врачнинг техник хато қилишдан ҳимоя қилиб, аниқ методикага эга бўлиш эса операцион хонада тез ва ишончли ҳаракатланиш имкониятини беради. Иккинчи бобда берилган материални ўзлаштирганлигини текшириш учун назорат саволлари мавжуд. Қўлланма амалий йўналишга эга бўлиб, китобхонларга қорин бўшлиғи кечиктириб бўлмайлиган касалликларининг ўзига хос симптомлари, уларнинг аҳамияти ва қўшимча текшириш амаллари ўрганиш имкониятини беради. Қўлланма клиник ординаторлар, врачлар (жарроҳлар) малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш курсантлари тингловчиларига, магистратура резидентлари, медицина ОТМлари юқори курс талабаларига мўлжалланган.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Учебно-информационная часть

Глава 1. Острый аппендицит и его осложнения	6
Глава 2. Острый холецистит и его осложнения	56
Глава 3. Острый панкреатит и его осложнения	122
Глава 4. Острые осложнения язвенной болезни	154
Глава 5. Острая кишечная непроходимость	164
Глава 6. Острый перитонит	208

Контрольные задания для проверки усвоения материала

Глава 1. Острый аппендицит и его осложнения	260
Глава 2. Острый холецистит и его осложнения	281
Глава 3. Острый панкреатит и его осложнения	299
Глава 4. Острые осложнения язвенной болезни	318
Глава 5. Острая кишечная непроходимость	336
Глава 6. Острый перитонит	354
Использованная литература	374

CONTENTS

Education and information part

Chapter 1. Acute appendicitis and its complications	6
Chapter 2. Acute cholecystitis and its complications	56
Chapter 3. Acute pancreatitis and its complications	122
Chapter 4. Acute complications of peptic ulcer disease	154
Chapter 5. Acute intestinal obstruction	164
Chapter 6. Acute peritonitis	208

Control task to check the assimilation of the material

Chapter 1. Acute appendicitis and its complications	260
Chapter 2. Acute cholecystitis and its complications	281
Chapter 3. Acute pancreatitis and its complications	299
Chapter 4. Acute complications of peptic ulcer disease	318
Chapter 5. Acute intestinal obstruction	336
Chapter 6. Acute peritonitis	354
References	374

МУНДАРИЖА

Ўқув-информацион қисм

1. Қисм. Ўтқир аппендицит ва унинг асоратлари	6
2. Қисм. Ўтқир холецистит ва унинг асоратлари	56
3. Қисм. Ўтқир панкреатит ва унинг асоратлари	122
4. Қисм. Яра касаллиги ўтқир асоратлари	154
5. Қисм. Ўтқир ичак тутилиши	164
6. Қисм. Ўтқир перитонит	208

Материални ўзлаштирганлигини текшириш учун назорат саволлари

1. Қисм. Ўтқир аппендицит ва унинг асоратлари	260
2. Қисм. Ўтқир холецистит ва унинг асоратлари	281
3. Қисм. Ўтқир панкреатит ва унинг асоратлари	299
4. Қисм. Яра касаллиги ўтқир асоратлари	318
5. Қисм. Ўтқир ичак тутилиши	336
6. Қисм. Ўтқир перитонит	354
Адабиётлар	374

Глава 1. Острый аппендицит и его осложнения

Цель: Уметь диагностировать, знать клинические особенности течения и лечения типичных, атипичных и осложненных форм острого аппендицита, принципы и методы их оперативного лечения.

Профессиональная ориентация студентов:

Острый аппендицит является одной из важных проблем современной хирургии (аппендэктомия составляет 20–40% от всех хирургических операций). Преимущественно острый аппендицит дает яркую клиническую картину, однако нередко имеет место атипичное течение заболевания, что создает диагностические трудности, приводит к значительному количеству осложнений и даже летальных случаев, которые составляют в среднем 0,1–0,3%.

Методика выполнения практической работы.

Алгоритм общения студентов с пациентами с любой патологией, которая рассматривается по теме (коммуникативные навыки):

1. Поздороваться и назвать себя.
2. На лице должна быть приветливая улыбка - это позволяет установить к вам доверительное отношение со стороны пациента.
3. Пациенту в приятной форме следует объяснить цель визита, тему и длительность беседы и получить его согласие.
4. Если пациент только поступает в стационар провести корректную и спокойную беседу с его родственниками, в которой вместе с лечащим врачом сообщить им о предыдущем диагнозе, цели госпитализации, проведения определенных обследований, которые планируются для выполнения в будущем.
5. Перед проведением физикальных методов обследования объяснить пациенту какое обследование будет выполнено, указать на определенные неприятные ощущения и дискомфорт, которые может почувствовать пациент во время этого обследования, отметить обязательность этого обследования в диагностике данного заболевания и получить его согласие.
6. При необходимости транспортировки к месту обследования (обзорная комната, УЗИ-кабинет) объяснить ее необходимость пациенту.
7. Подготовиться к проведению обследования (для данных патологий имеется в виду пальпация, перкуссия, аускультация живота с целью диагностирования патогномических симптомов, УЗИ живота и правой подвздошной области) – помыть руки теплой водой, надеть перчатки.
8. Провести то или другое запланированное обследование или лечебную манипуляцию.
9. Вместе с лечащим врачом в корректной и доступной для понимания пациентом форме объяснить результаты того или другого обследования.
10. Привлечь близких пациента к беседе и в доступной форме объяснить им результаты данных обследований а при наличии предыдущих

обследований сравнить их результаты, обязательно выяснив понятны ли для них ваши объяснения.

11. Обязательно только в присутствии лечащего врача обосновывать целесообразность оперативного вмешательства для лечения данной патологии в курированного больного.
12. После проведения хирургического лечения только в присутствии лечащего врача и при его согласии следует сообщить результаты оперативного вмешательства больному и его родственникам а также о возможности возникновения тех или иных ранних или отдаленных послеоперационных осложнений.
13. При условиях обследования больного в послеоперационном периоде следует объяснить пациенту как верно выполнять гигиенические процедуры и тому подобное.
14. В вежливой форме получить согласие пациента на участие в перевязке.
15. Вместе с лечащим врачом объяснить пациенту, а при потребности и ближайшим родственникам, те или другие действия относительно манипуляций, которые выполнены или планируются выполняться в будущем а также тактику последующего лечения.
16. Завершить беседу следует обязательно с пожеланием пациенту самого быстрого выздоровления.

Программа самоподготовки студентов

1. Уметь выявить основные клинические признаки острого аппендицита, его атипичных и осложненных форм.
2. Провести обследование органов брюшной полости
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Обосновать и сформулировать клинический диагноз.
5. Диагностировать осложнения острого аппендицита.
6. Знать показания к оперативному лечению и основные этапы апендэктомии.
7. Знать осложнения апендэктомии.
8. Знать ведение послеоперационного периода, дать назначения больному в послеоперационном периоде.
9. Проведение реабилитации и трудовой экспертизы у больных после апендэктомии.

Студент должен знать:

1. Классификацию острого аппендицита (клиническая, морфологическая).
2. Клинические фазы течения острого аппендицита.
3. Особенности клинического течения атипичных форм острого аппендицита.
4. Особенности клинического течения острого аппендицита у детей.
5. Особенности клинического течения острого аппендицита у беременных.

6. Особенности клинического течения острого аппендицита в преклонном и старческом возрасте.
7. Дифференциальную диагностику острого аппендицита с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.
8. Дифференциальную диагностику острого аппендицита с острым холециститом и панкреатитом.
9. Дифференциальную диагностику острого аппендицита с острой кишечной непроходимостью.
10. Дифференциальную диагностику острого аппендицита с гинекологическими заболеваниями.
11. Дифференциальную диагностику острого аппендицита с заболеваниями мочевыделительной системы.
12. Симптомы характерные для ретроцекального расположения червеобразного отростка?
13. Осложнения острого аппендицита.
14. Типы аппендэктомий.
15. Аппендикулярный абсцесс. Диагностика. Лечение.
16. Аппендикулярный инфильтрат. Диагностика. Лечение.
17. Аппендикулярный перитонит. Диагностика. Лечение.
18. Ранние осложнения аппендэктомии.
19. Поздние осложнения аппендэктомии
20. Клинические особенности острого ретроцекального аппендицита.
21. Клинические особенности острого аппендицита при тазовом размещении аппендикса.
22. Клинические особенности острого аппендицита при подпеченочном размещении аппендикса.
23. Клинические особенности острого аппендицита при медиальном размещении червеобразного отростка.
24. Особенности клинического течения и диагностики острого аппендицита у детей.
25. Особенности клинического течения и диагностики острого аппендицита у лиц преклонных лет.
26. Особенности клинического течения, диагностики и лечебной тактики при остром аппендиците в беременных женщин.

Студент должен уметь:

1. Собрать анамнез у больного и провести объективное исследование.
2. Выявить основные клинические признаки атипичных и осложненных форм острого аппендицита.
3. Обосновать и сформулировать клинический диагноз, провести дифференциальный диагноз.
4. Обосновать хирургическую тактику лечения.
5. Выписать рецепт на антибиотик, обезболивающий препарат.

Введение

Заболеваемость (эпидемиология)

Острый аппендицит - самое распространенное острое хирургическое заболевание органов брюшной полости. Его выявляют в 7-12% населения высокоразвитых стран мира. Частота заболеваемости уменьшается с возрастом. Так, после рождения она составляет 15%, тогда как в возрасте 50 лет - всего 2%. Среди больных острым аппендицитом 75% - младше 33 лет. Больше чем у 50% больных, которых госпитализируют в хирургический стационар в ургентном порядке, диагностируют острый аппендицит, а количество оперативных вмешательств по поводу аппендэктомии в структуре неотложных оперативных вмешательств составляет 80-85%. Острый аппендицит преимущественно наблюдают у пациентов молодого возраста, женщины болеют чаще, чем мужчины. Поскольку клинические признаки заболевания разнообразны, а опасность осложнений в случае задержки оперативного вмешательства очень большая, считают допустимым, что приблизительно в 10-15% пациентов, оперируемых по поводу острого аппендицита, во время лапаротомии обнаруживают совсем другие заболевания или даже отсутствие патологии. Послеоперационная летальность составляет 0,1-0,3% (преимущественно при деструктивных формах аппендицита).

Анатомо-физиологические особенности червеобразного отростка

Червеобразный отросток (appendix) - это трубчатый орган брюшной полости, основание которого, как правило, расположено на заднемедиальной стенке слепой кишки, на 2,5 см ниже от подвздошно-слепокишечного клапана, в месте соединения трех лент продольных мышц толстой кишки. Он имеет форму цилиндра диаметром 6-8 мм. Длина его колеблется от 1 до 30-40 см (в среднем 5-10 см).

Артерия червеобразного отростка, а. appendicis vermiformis, отходит от подвздошно-ободочной артерии. Место отхождения артерии червеобразного отростка может располагаться выше деления подвздошно-ободочной артерии на подвздошную и ободочную ветви (наиболее частый вариант) или у места этого деления (рис. 1). Артерия червеобразного отростка может также отходить от подвздошной или ободочной ветви, а также от а. ilei. Артерия червеобразного отростка вначале располагается кзади от конечного отдела подвздошной кишки, затем проходит в свободном крае брыжейки червеобразного отростка и отдает к нему 4-5 ветвей.

К восходящей ободочной кишке направляется правая ободочная артерия, *a. colica dextra*. Место отхождения ее располагается на 5-8 см ниже начала верхней брыжеечной артерии. Она также может отходить общим стволом со средней ободочной или подвздошно-ободочной артерией.

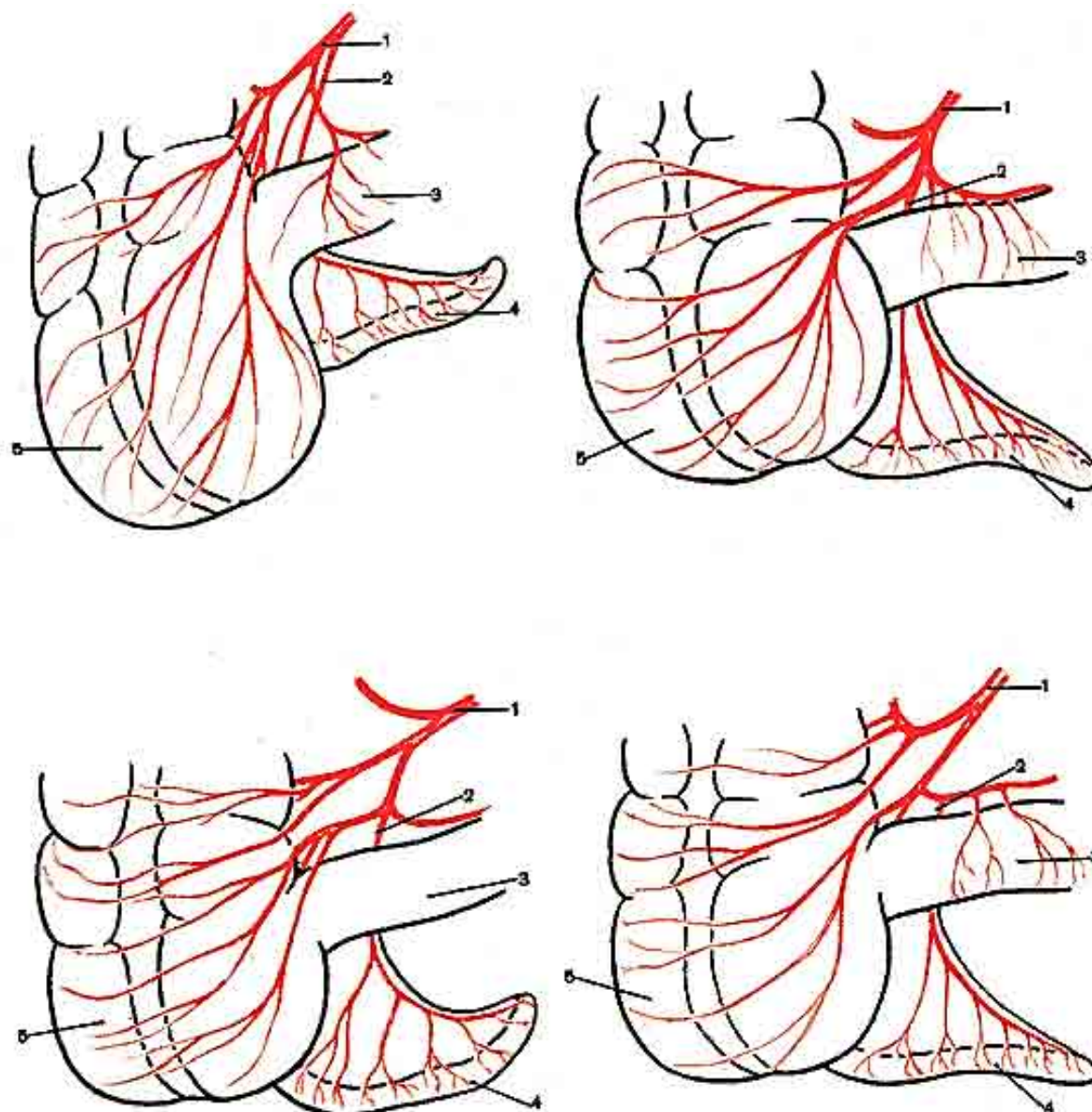


Рис 1. Варианты отхождения *a. appendicis vermiformis*. 1 - *a. ileocolica*; 2 - *a. appendicis vermiformis*; 3 - *ileum*; 4 - *appendix vermiformis*; 5 - *caecum*.

Локализация червеобразного отростка зависит от положения верхушки (купола) слепой кишки. Выделяют следующие положения червеобразного отростка (рис. 2): медиальное (над и под подвздошной кишкой) - в 7-9% наблюдений; промонториальное (возле мыса крестцовой кости) - в 4-8%; тазовое (в полости малого таза, вблизи мочевого пузыря, прямой кишки, матки и ее придатков) - в 15 - 20%; вдоль

подвздошных сосудов - в 2-4%; боковое (между наружной стенкой слепой кишки и пристеночным листком брюшины бокового канала брюшной полости) - в 3-5%; ретроцекальное (позади слепой кишки) - в 12-15%, которое в свою очередь разделяют на интраперитонеальное (9-10%), ретроперитонеальное (3-5%), интрамуральное (в стенке слепой кишки) - в 0,1%; подпеченочное (при высоком расположении слепой кишки) - в 0,4-2,0%. При обратном расположении внутренних органов (*situs viscerus inversus*) - в левой паховой ямке (в 0,1%). Знание анатомических вариантов расположения червеобразного отростка имеет значение для диагностики и оперативного вмешательства по поводу острого аппендицита. Чаще червеобразный отросток расположен интраперитонеально (со всех сторон покрытый брюшиной). Его стенка состоит из четырех слоев: серозной, мышечно-подслизистой прослойки и слизистой оболочки. Особенностью морфологического строения червеобразного отростка является то, что в подслизистой прослойке содержится большое количество лимфатических узлов, иногда они сливаются друг с другом, образуя фолликулярные бляшки («аппендикс - миндалина брюшной полости». - Салли).



Рис 2. Варианты расположения червеобразного отростка вокруг и позади слепой кишки: 1 - червеобразный отросток; 2- артерия червеобразного отростка; 3 - брыжейка червеобразного отростка; 4 - подвздошная кишка; 5 - слепая кишка

Червеобразный отросток сообщается со слепой кишкой узким отверстием, стенка которого образует полулунные складки слизистой оболочки (заслонка Герлаха), в участке указанного соединения круговые мышечные волокна утолщены и образуют физиологическую мышцу-замыкатель (сфинктер Валькера). Эти анатомические образования имеют

физиологическое значение - предотвращают рефлюкс содержимого толстой кишки в полость червеобразного отростка.

Особенности кровоснабжения, в частности, отток венозной крови через подвздошно-ободочную вену (v. ileocolica), дальше - верхнюю брыжеечную, а затем воротную вену объясняют механизмы возникновения и распространения одного из опаснейших осложнений острого деструктивного аппендицита - пилефлебита.

Значительное количество кровеносных, лимфатических и нервных элементов в стенке червеобразного отростка свидетельствует о его важной физиологической функции в организме человека. Его считают рецепторным органом, который контролирует по принципу обратной связи полноту ферментного расщепления продуктов пищеварения путем оценки степени антигенности химуса. Лимфоидная ткань червеобразного отростка способна к антителопродукции, нейтрализации, выведению или расщеплению антигенов (иммунокомпетентная функция).

Данные сравнительной анатомии и современных морфологических исследований свидетельствуют о том, что червеобразный отросток является филогенетически молодым образованием. Во время формирования на его площади содержится столько нервных элементов, сколько во всех основных отделах кишок. Раздражение механо- и хеморецепторов червеобразного отростка оказывает дифференцированное влияние на желчеотделение, желудочную секрецию и даже на кислотность желудочного сока.

Червеобразный отросток напоминает загрудинную железу (thymus), поскольку Т- и В-лимфоциты в нем содержатся в соотношении 1:1 и 1:2; второй по численности группой иммунокомпетентных клеток являются макрофаги.

С иммунитетом тесно связана эндокринная функция червеобразного отростка. Эндокриноциты, расположенные субэндотелиально в дистальном отделе органа, способны продуцировать биологические амины, пептидные гормоны, поэтому можно допустить их регулирующее влияние на местные барьерные функции. Секрет органа способствует нейтрализации микробных токсинов, а его лимфоидная ткань является одной из важных цепей В-иммунитета, которая обеспечивает продуцирование антител.

О наличии эндокринных клеток в червеобразном отростке стало известно позже, чем об их наличии в других отделах пищеварительной системы, причем сначала они были описаны как энтерохромафинные клетки, а об их внутрисекреторной функции сведений не было. С

помощью электронно-микроскопических и иммуногистохимических методов исследования в червеобразном отростке выделена большая группа эндокринных клеток, которые принадлежат к APUD-системе. В настоящее время изучают количество эндокринных клеток, степень заполнения их секреторными гранулами и ультраструктурные изменения как исходный фон для определения состояния эндокринного аппарата червеобразного отростка в случае аппендицита. Нельзя исключить и роль червеобразного отростка в предотвращении развития злокачественных опухолей кишок.

Этиология и патогенез

Основным путем инфицирования червеобразного отростка является энтерогенный. Причиной возникновения аппендицита являются также трофические расстройства в стенке червеобразного отростка, в генезисе которых ведущую роль играет нарушение кровообращения, предопределенное дисфункцией нервно-регуляторного аппарата. В его развитии принимают участие различные микроорганизмы, которые обычно содержатся в кишках и, в частности, в червеобразном отростке (бактерии, вирусы, простейшие). Чаще (в 90% наблюдений) обнаруживают анаэробные микроорганизмы (бактероиды, анаэробные кокки). Инфекция попадает в червеобразный отросток сквозь его отверстие, значительно реже - гематогенным или лимфогенным путем. Возникновению воспалительного процесса в стенке червеобразного отростка способствуют несколько неблагоприятных факторов: застой кишечного содержимого, характер пищи (преобладание продуктов животного происхождения, консервантов, мучных изделий и прочее), изменение (чаще угнетение) реактивности организма. Таким образом, первичные расстройства являются сугубо функциональными, они вызывают выраженные трофические нарушения, которые создают условия для последующего развития инфекционного процесса в стенке червеобразного отростка. При этом распространенность и скорость развития деструктивных изменений, как и его характер, определяются степенью выраженности трофических расстройств, которые первично возникли в червеобразном отростке.

Сегодня нет общепризнанной теории, с позиции которой можно было бы объяснить патогенез заболевания. Существуют различные теории: застой кишечного содержимого, глистная инвазия, инфекционный фактор, ангионевротические изменения в червеобразном отростке, связь острого аппендицита с перенесенной ангиной, нарушением функции подвздошно-слепокишечного клапана, аллергия и пр..

И все же ведущей причиной деструктивных изменений в червеобразном отростке является ишемия его стенки вследствие нарушения тока крови в его артерии. Клинические наблюдения свидетельствуют, что в 33% случаев острый аппендицит возникает вследствие обструкции отверстия червеобразного отростка каловыми камнями, глистами, инородными телами и пр.. Так, фекалит выявляют в 40% больных простым аппендицитом, в 65% - с деструктивными формами, в 95% - с перфоративным острым аппендицитом. При обструкции проксимального отдела червеобразного отростка в нем не прекращается секреция слизи, в результате чего повышается внутриполостное давление, нарушается кровообращение в его стенке, что предопределяет воспалительные изменения. Об ишемическом генезе острого аппендицита опосредованно свидетельствуют сообщения последних лет о частом возникновении воспаления червеобразного отростка после трансплантации почек.

После того, как воспаление распространяется на всю толщу стенки органа и достигает серозной оболочки (деструктивные формы воспаления), в патологический процесс вовлекаются пристеночный листок брюшины и прилегающие органы брюшной полости. Нарушается биологическая герметичность стенки червеобразного отростка, происходит транслокация микроорганизмов, бактериальное загрязнение брюшной полости, а в дальнейшем - ее инфицирование. Это способствует накоплению сначала серозного экссудата, который по мере прогрессирования заболевания становится гнойным. В этой фазе воспаления местная реакция имеет тенденцию к переходу в синдром системного воспалительного ответа с нарушением регуляции иммунной системы. При отграничении гнойного экссудата прилежащими органами (большой сальник, петли кишок) формируется аппендикулярный абсцесс. При постепенном, прогрессирующем распространении воспаления в брюшной полости без тенденции к отграничению воспаленного червеобразного отростка возникает диффузный перитонит.

При умеренной активности защитных реакций организма отграничение воспалительного процесса в брюшной полости с выпадением фибрина способствует формированию аппендикулярного инфильтрата - конгломерата спаянных друг с другом органов брюшной полости, расположенных вокруг воспаленного и измененного червеобразного отростка. Со временем аппендикулярный инфильтрат может рассосаться или трансформироваться в аппендикулярный абсцесс.

В случае значительного напряжения иммуннозащитных реакций, обструкции отверстия червеобразного отростка воспалительные изменения приобретают каскадный характер, активируется аутоинфекция - возникают деструктивные формы острого аппендицита, то есть возможное первичное возникновение как деструктивной, так и недеструктивной форм острого аппендицита. Эти обстоятельства важны не только для понимания вариантов клинического течения острого аппендицита, но и для устранения терминологической путаницы. Такие понятия, как «аппендикулярная колика», «простой», «поверхностный», «катаральный» аппендицит, не в полной мере отображают характер течения заболевания, поскольку патофизиологической сущностью воспалительного процесса в аппендиксе является возникновение недеструктивной формы воспаления. Поэтому, выходя из современных представлений о патофизиологии острого аппендицита, простой поверхностный катаральный аппендицит правильно называть острым недеструктивным аппендицитом.

Классификация

Предложено много классификаций острого аппендицита, в основу которых положены морфологические изменения в червеобразном отростке и особенности клинического течения заболевания (Н.Н. Еланский, 1951; Н.И. Абрикосов, 1957; В.И. Колесов, 1972; Д.Ф. Скрипниченко, 1974; В.С. Савельев и соавт., 1986).

Мы предлагаем пользоваться в клинической практике классификацией, которая предусматривает распределение острого аппендицита *по форме воспаления* (по морфологическим изменениям в червеобразном отростке):

- Простой (катаральный, поверхностный) - недеструктивный аппендицит;
- Деструктивный аппендицит:
- флегмонозный аппендицит;
- гангренозный аппендицит;
- смешанные формы деструктивного аппендицита

Осложнения острого аппендицита:

1. Перфорация червеобразного отростка;
2. Перитонит:
 - местный (локальный):
 - отграниченный - абсцесс брюшной полости;
 - неотграниченный;
 - распространенный (диффузный, разлитой, общий);
 - слипчивый (адгезивный) - аппендикулярный инфильтрат.

1. Абсцесс или флегмона клетчатки забрюшинного пространства;
2. Пилефлебит (гнойный тромбофлебит системы воротной вены);
3. Сепсис (синдром системного воспалительного ответа);

Осложнения аппендэктомии, то есть осложнения после оперативного вмешательства (по Г.М. Матяшину и соавт., 1974).

1. Ранние (первые 7-14 суток):

- с поражением брюшной стенки (инфильтрат операционной раны, нагноение, образование гематомы, эвентрация);
- с поражением органов брюшной полости (внутрибрюшное кровотечение, перитонит, воспалительный инфильтрат, флегмона клетчатки забрюшинного пространства, острая кишечная непроходимость, острый послеоперационный панкреатит).

2. Поздние (в сроки больше чем 14 суток):

- с поражением брюшной стенки (лигатурный свищ, воспалительный инфильтрат передней брюшной стенки, послеоперационная грыжа брюшной стенки, келоидный рубец, невринома рубца);
- с поражением брюшной полости (культит, воспалительный инфильтрат и абсцесс брюшной полости, кишечный свищ, спаечная болезнь).

3. Общие:

- с поражением сердечно-сосудистой системы (тромбоэмболические осложнения, тромбофлебит и флеботромбоз, инфаркт миокарда, пилефлебит, тромбозы и эмболии брыжеечных сосудов);
- с поражением органов дыхания (ателектаз, бронхит, очаговая и долевая пневмония, плеврит, абсцесс, гангрена легких);
- с поражением мочевой системы (задержка мочи, цистит, острая почечная недостаточность).

Клиника и диагностика острого аппендицита

Клинические проявления

Разнообразие клинических признаков острого аппендицита обусловлено вариантами расположения червеобразного отростка в брюшной полости (боковое, медиальное, тазовое, подпеченочное, ретроцекальное, экстраперитонеальное, левостороннее) (рис. 3); выраженностью деструктивных изменений в червеобразном отростке; длительностью заболевания; состоянием организма (возраст, пол, наличие сопутствующих заболеваний); наличием осложнений.

Острый аппендицит также имеет определенные особенности клинического течения. Как правило, медленное начало (без появления

внезапной острой интенсивной боли в брюшной полости). Характерные изменения клинических проявлений заболевания со временем (боль чаще возникает не в правой паховой области, а в других отделах живота, а в последствии исчезает там, где она появилась, и возникает в другом месте, в частности, в правой подвздошной области, возникновение спустя некоторое время признаков перитонита как осложнение острого аппендицита значительно ухудшает состояние больного).

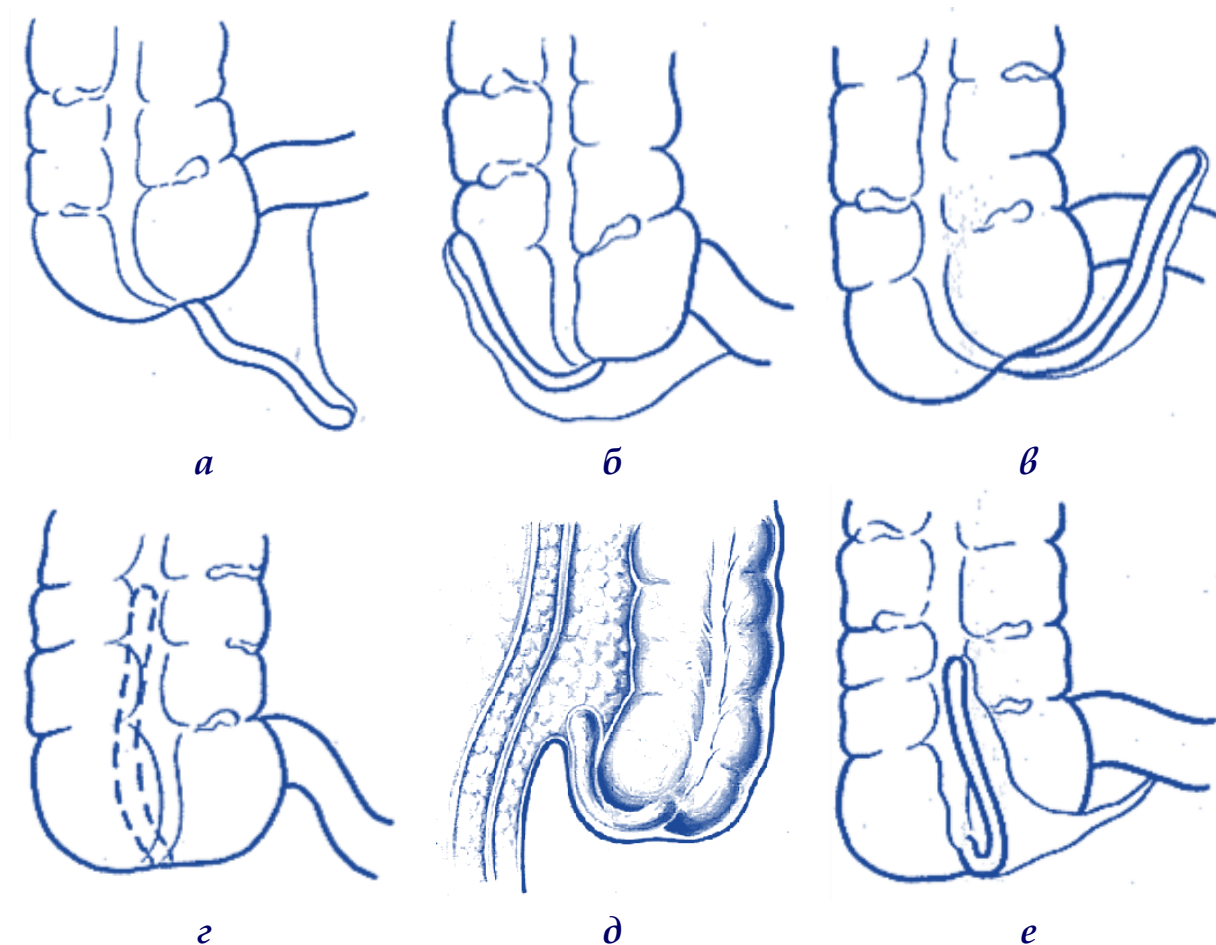


Рис 3. Варианты положения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке. а - нисходящее; б - боковое (латеральное); в - внутреннее (медиальное); г - заднее (ретроцекальное, дорсальное); д – ретроперитонеальное; е - переднее (вентральное).

Клинические признаки острого аппендицита делят на самые характерные (основные) и дополнительные. К самым характерным (основным) признакам относятся локальная боль в правой подвздошной области; симптом Кохера-Волковича, который наблюдают в двух вариантах: перемещение боли - боль возникает в разных областях живота, кроме правой подвздошной, чаще - в верхней его половине, в частности в эпигастральной области, а потом через 2-4 часа полностью исчезает там,

где возникла, и появляется (будто «перемещается») в правую подвздошную область; остаточной боли - боль возникает сразу во всех областях живота, в том числе и в правой подвздошной, а в последствии через 2-4 часа полностью исчезает во всех участках, но остается в правой подвздошной области; защитная резистентность (ригидность) мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области (как следствие раздражения пристеночного листка брюшины при воспалительном процессе в червеобразном отростке).

К дополнительным симптомам относятся такие общие признаки: тошнота и рвота (чаще возникают при деструктивных формах острого аппендицита, являются рефлексорными); задержка стула и газов или понос (могут быть рефлексорными или возникать на фоне перитонита как осложнение острого деструктивного аппендицита); гипертермия (реакция на деструктивное воспаление в отростке).

Дополнительными являются клинические признаки, обусловленные поражением брюшины, самыми характерными из них являются симптомы:

Ровзинга - усиление боли в правой подвздошной области во время толчкообразного нажатия на брюшную стенку в месте расположения нисходящей части ободочной кишки; это обусловлено перемещением газов по ободочной кишке в слепую, растяжение которой и вызывает боль (рис. 4а);

Ситковского - усиление боли в правой подвздошной области в положении больного лежа на левом боку (рис. 4в);

Бартomme-Михельсона - усиление боли во время пальпации в правой подвздошной области в положении больного лежа на левом боку (рис. 4г);

Яуре-Розанова - наблюдается при ретроцекальном расположении червеобразного отростка, характеризуется возникновением боли при пальпации в правой поясничной области в зоне треугольника Пти.

При осложнении острого аппендицита перитонитом обнаруживают такие симптомы перитонита как: симптом **Щеткина-Блумберга** (появление острой локальной боли во время медленного нажатия пальцами на брюшную стенку и быстром отнятии руки); симптом Воскресенского (появление боли в правой подвздошной области во время быстрого проведения ладонью по передней поверхности брюшной стенки) (рис. 4е).

К дополнительным признакам относятся лабораторные показатели крови и мочи:

- увеличение количества лейкоцитов в периферической крови;
- смещение лейкоцитарной формулы влево;
- наличие небольшого количества белка и одиночных эритроцитов в моче (при ретроцекальном и тазовом расположении червеобразного отростка).

Особенности клинических проявлений острого аппендицита обусловлены различными формами воспаления (выраженность морфологических изменений) в червеобразном отростке.

Для острого неструктивного аппендицита характерно внезапное появление боли в брюшной полости, чаще во время сна (что объясняется подавляющим влиянием блуждающего нерва в ночное время) по первому варианту симптома Кохера-Волковича. Боль может быть кратковременной и не повторяться. Если же факторы, которые обусловили появление спастической боли в червеобразном отростке, действуют на протяжении длительного времени, на фоне функциональных нарушений возникают морфологические изменения, характерные для неструктивной формы острого аппендицита, которые проявляются отеком и гиперемией слизистой оболочки червеобразного отростка. Характерное отсутствие опорожнений в начале развития острого аппендицита во время обследования живота отмечается только локальная боль в правой подвздошной области, характерная локальная гиперестезия кожи (*симптом Раздольского*).

Боль в правой подвздошной области, постоянная и сопровождается частой тошнотой без признаков органо-кожного рефлекса; как правило, положительные симптомы *Ровзинга*, *Ситковского*, *Бартомье-Михельсона*. Температура тела повышается до 37,5-38 °С, количество лейкоцитов увеличивается до $10-14 \times 10^9$ на 1 л без значительного сдвига лейкоцитарной формулы влево. Общее состояние больного удовлетворительно.

Для флегмонозного аппендицита характерной является постоянная нарастающая боль в правой подвздошной области, частая рвота; язык, как правило, обложен; отмечают тахикардию с частотой сердечных сокращений до 90-100 в 1 мин; температура тела достигает 38°С. Выявляют симптомы перитонизма (ригидность мышц передней брюшной стенки) или даже перитонита (положительные симптомы *Щеткина-Блюмберга*, *Воскресенского*, напряжение мышц передней брюшной стенки).



Рис 4. Симптомы острого аппендицита. а - Ровзинга; б - Образцова; в - Ситковского г - Бартомье-Михельсона; д - Воскресенского; е - Щеткина-Блюмберга;

По данным лабораторного исследования крови отмечают увеличение количества лейкоцитов до $20-30 \times 10^9$ в 1 л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Общее состояние больного ухудшается: отмечают общую слабость, недомогание, что является признаками интоксикационного синдрома, обусловленного гнойно-деструктивными

изменениями в червеобразном отростке и осложнениями острого аппендицита.

При гангренозном аппендиците общее состояние больного тяжелое, интенсивность боли в правой подвздошной области может значительно уменьшаться или проходит совсем. Такая динамика болевого синдрома свидетельствует о некрозе нервных веток блуждающего и симпатического нервов, которые иннервируют червеобразный отросток. Уменьшение боли успокаивает больных («*мнимое улучшение*») и они нередко отказываются от оперативного вмешательства. Иногда появляется эйфория, что свидетельствует о быстром прогрессировании интоксикационного синдрома, основными клиническими признаками которого являются: общая слабость, апатия, тахикардия (частота сердечных сокращения 120-140 за 1 мин), язык сухой, обложен, жажда, неукротимая рвота. Температура тела фебрильная, субфебрильная или даже нормальная. По данным лабораторного исследования крови отмечают увеличение количества лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево с появлением токсической зернистости лейкоцитов, у некоторых пациентов количество лейкоцитов в крови небольшое, без выраженного сдвига лейкоцитарной формулы влево. Для этой фазы острого аппендицита характерным является несоответствие частоты сердечных сокращений к температуре тела – «токсические ножницы», этот признак иногда является решающим в установлении диагноза гангренозного аппендицита.

При разных различных вариантах расположения червеобразного отростка клинические признаки острого аппендицита также имеют свои особенности.

Так, при медиальном расположении червеобразного отростка отмечают интенсивную разлитую боль в брюшной полости, признаки пареза кишечника, прогрессирование перитонита. Состояние больных тяжелое, нередко наблюдаются повторная рвота и частые жидкие опорожнения. Диагноз острого аппендицита устанавливают на основании обнаружения симптомов перитонита и общих симптомов заболевания (гипертермия, вынужденное сгибающееся положение больного, лейкоцитоз и др.).

При расположении червеобразного отростка в полости малого таза боль локализуется значительно ниже от типичного расположения, более четко его обнаруживают во время пальцевого исследования прямой кишки. Выраженные общие симптомы заболевания, нередко отмечают частые жидкие опорожнения, дизурические явления, что осложняет своевременную диагностику, способствует допущению диагностических ошибок (например, диагностируют цистит, пиелит, энтероколит).

Поэтому необходимо всестороннее обследование больного (в том числе с использованием современных инструментальных методов исследования), тщательный анализ лабораторных показателей крови и мочи, консультация больного смежными специалистами.

Ретроцекальное, экстраперитонеальное и боковое (латеральное) расположение червеобразного отростка характеризуется отсутствием выраженных симптомов раздражения брюшины, боль в правой подвздошной области не выражена, может локализоваться выше и ниже от типичного расположения, отмечают боль в правой поясничной области, в зоне треугольника Пти (симптом Яуре-Розанова), положительный симптом Пастернацкого, иногда напряжение мышц спины. Общее состояние больного соответствует выраженности деструктивных изменений в червеобразном отростке. С распространением воспалительного процесса на мочеточник или лоханку почки возникают дизурические явления, в моче обнаруживают небольшое количество белка и одиночные эритроциты. Патогномоническим признаком ретроцекального расположения червеобразного отростка является положительный Псоас-симптом (симптом Образцова) - усиление болезненности во время пальпации правой подвздошной области при поднятии выпрямленной правой нижней конечности. При подпеченочном расположении червеобразного отростка отмечают боль в правой подреберной области, при наличии осложнений, в частности перитонита - напряжение мышц передней брюшной стенки справа. Нередко симптомы острого аппендицита при указанной локализации червеобразного отростка напоминают клинические признаки острого холецистита. В диагностике помогает тщательным образом собранный анамнез, положительный симптом Кохера-Волковича. При остром холецистите боль локализуется не в правой подвздошной, а в правой подреберной области.

Левостороннее расположение червеобразного отростка отмечают достаточно редко, как правило, при обратном расположении органов (*situs in versus*), при подвижной слепой кишке (*coecum mobile*) с длинной брыжейкой червеобразного отростка характеризуется появлением местных симптомов в левой подвздошной области. Если нет данных, которые бы подтверждали обратное расположение органов, диагностика значительно затруднена, нередко диагноз устанавливают во время выполнения лапаротомии (или лапароскопии).

Клинические проявления и течение острого аппендицита у детей имеют свои особенности. В первую очередь, это выраженные общие и местные симптомы заболевания. Характерным является

психоэмоциональное и двигательное возбуждение ребенка. Наблюдают склонность к быстрому развитию деструктивных изменений в червеобразном отростке, более быстрое прогрессирование заболевания, чем у взрослых, склонность к распространению воспалительного процесса в брюшной полости (распространенные формы перитонита), что связано с анатомо-физиологическими особенностями организма ребенка и недостаточным развитием большого сальника.

Клинические проявления и течение острого аппендицита у больных преклонного и старческого возраста тоже имеют свои особенности. Характерный в целом стертое течение заболевания, которое проявляется нечетко выраженными местными и общими симптомами, что обусловлено снижением реактивности и инволютивными процессами в организме, в частности, с частичной или полной облитерацией червеобразного отростка в старческом возрасте. Наблюдают склонность к быстрому развитию деструктивных изменений в червеобразном отростке (обусловленную возрастными особенностями его кровоснабжения, а именно, снижением интенсивности кровообращения в результате склероза и облитерации сосудов). Характерна также склонность к отграничению (локализации) воспалительного процесса - возникновение отграниченного, а не распространенного перитонита, что обусловлено возрастными особенностями - склонностью к гиперкоагуляции крови с более быстрым и интенсивным выходом фибрина из крови через стенку сосудов в очаг воспаления.

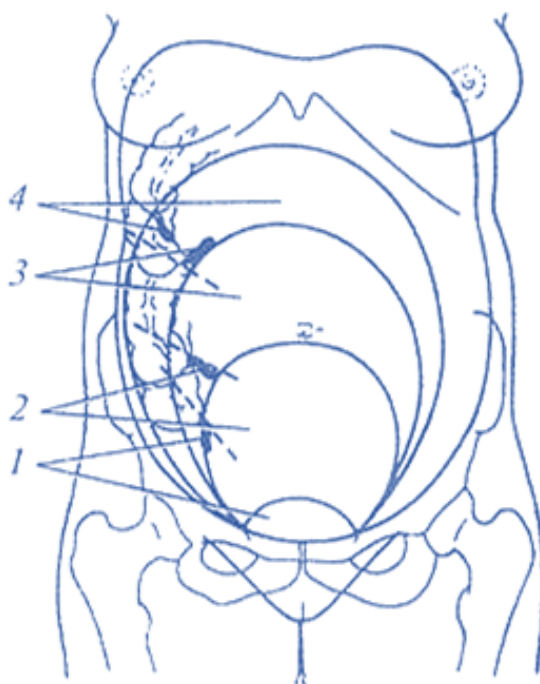


Рис 5. Расположение слепой кишки в разные сроки беременности: 1- до 10 нед.; 2 - 11-20 нед. ; 3 - 21-30 нед.; 4 - 31-40 нед.

Определенные особенности клинических проявлений и течения острого аппендицита отмечают и у беременных (рис. 5). Так, в результате изменения расположения слепой кишки обусловленное увеличением размеров матки после 2-3 мес. беременности, местные симптомы аппендицита локализуются выше. Для больших сроков беременности характерна локализация боли в правой подреберной области. Симптомы раздражения брюшины слабо выражены, лейкоцитоз может отсутствовать. Для проведения дифференциальной диагностики необходимо всестороннее обследование беременной для исключения гестоза, других заболеваний органов брюшной полости.

Серьезное внимание заслуживает знание особенностей течения острого аппендицита у больных сахарным диабетом, особенно в стадии декомпенсации. Течение острого аппендицита у таких больных атипичное, что связано с нарушением иннервации внутренних органов, изменениями обмена веществ и стенок сосудов. На фоне сахарного диабета деструктивный процесс в червеобразном отростке прогрессирует очень быстро, в 83% наблюдений деструктивный аппендицит развивается в течение суток. Это связано, вероятно, с микро- и макроангиопатией, а также невропатией у больных сахарным диабетом, что обуславливает вдвое более быстрый прогресс патологического процесса.

Существуют определенные особенности течения острого аппендицита у ВИЧ-инфицированных больных. Причиной развития у них острого аппендицита является инфекционный фактор (цитомегаловирус, микобактерия туберкулеза, пневмококки) или окклюзия червеобразного отростка опухолью, что характерно для стадии СПИДа (саркома Капоши, неходжкинская лимфома). Существенных особенностей клинического течения острого аппендицита у вирусоносителей (I и II стадия) нет, они появляются на стадии вторичных заболеваний (III стадия) и непосредственно у больных СПИДом (IV стадия). Именно для этих пациентов характерны выраженный дефицит массы тела, низкое содержание белков в сыворотке крови. При наличии цитомегаловирусной инфекции возникновению приступа острой боли в брюшной полости может предшествовать длительная стойкая ноющая боль в правой подвздошной области. У 80-100% больных местные проявления острого аппендицита не сопровождаются лейкоцитозом. Значительно чаще обнаруживают гангренозный и перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс. Считают, что у таких больных признаки острого аппендицита часто маскируют вирусный мезаденит и туберкулезный абсцесс.

Диагностика

Диагноз острого аппендицита устанавливают на основании:

- данных анамнеза (начало заболевания, изменения клинических признаков),
- наличие, характер и последствия предшествующих приступов болей и др.);
- данных объективного (клинического) обследования;
- результатов дифференциальной диагностики.

Во время установления диагноза острого аппендицита учитывают:

- данные лабораторных исследований крови и мочи;
- результаты дополнительных лучевых инструментальных исследований (обзорного рентгеноскопического исследования органов брюшной полости, ультразвукового исследования, компьютерной томографии).

Лабораторные и инструментальные методы исследования

По окончании физикального обследования больного необходимо провести лабораторную и инструментальную диагностику. Лабораторные и инструментальные исследования выполняются с целью завершения дифференциальной диагностики и для объективной оценки состояния здоровья больного перед предстоящим оперативным вмешательством с учетом тяжести течения основного заболевания и степени компенсации сопутствующей патологии.

Неотложным лабораторным исследованием при остром аппендиците является анализ периферической крови на количество лейкоцитов, эритроцитов и уровень гемоглобина. Типичная лабораторная картина характеризуется нормальными показателями эритроцитов и гемоглобина и повышением уровня лейкоцитов. При тяжелом аппендикулярном перитоните возможно увеличение числа эритроцитов и уровня гемоглобина в крови за счет развития гиповолемии с последующим снижением этих показателей вследствие прогрессирующей токсемии. При наличии клиники аппендикулярного перитонита целесообразно получить развернутую лейкоцитарную формулу для оценки степени тяжести интоксикации.

В обязательном порядке исследуется также осадок мочи. При обычном течении острого аппендицита отклонений от нормы в анализе мочи нет. Повышение числа лейкоцитов, появление выщелоченных эритроцитов и плоского эпителия в осадке мочи требует проведения дифференциальной диагностики острого пиелонефрита и почечной

колики с забрюшинным расположением червеобразного отростка при остром аппендиците.

Из биохимических показателей крови у больных острым аппендицитом определяется уровень билирубина, амилазы, мочевины и сахара. Эти анализы проводятся по показаниям в случае трудности дифференциальной диагностики заболевания и при наличии у пациента клиники острого аппендицита с явлениями перитонита. Повышение уровня билирубина возможно при развитии пилефлебита, тяжелой перитонеальной интоксикации и требует проведения дифференциальной диагностики с механическими и паренхиматозными желтухами на фоне холедохолитиаза, гепатита, деструктивного холецистита. В этом случае дополнительным лабораторным исследованием является определение уровня трансаминаз (АЛТ, АСТ). При увеличении уровня амилазы крови необходимо дифференцировать диагноз острого аппендицита и деструктивного панкреатита с развитием ферментативного перитонита. Уровень шлаков крови у больных острым аппендицитом в пределах нормы. Повышение уровня мочевины крови и креатинина возможно только при запущенных формах аппендикулярного перитонита и развитии острой почечной недостаточности. Хроническая почечная недостаточность у больных с тяжелыми заболеваниями почек может приводить к развитию уремии, появлению болей в животе и динамической тонкокишечной непроходимости. Гипергликемия и развитие кетоацидоза у больных сахарным диабетом также могут приводить к появлению болей в животе, что требует уточнения диагноза. При этом острый аппендицит у больных сахарным диабетом может явиться причиной развития декомпенсации углеводного обмена.

Операции больным с острым аппендицитом рекомендуется проводить под эндотрахеальным наркозом. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки необходимо пациентам с патологией дыхательной системы.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости позволяет выявить признаки желчнокаменной болезни, механической желтухи, гепатита, цирроза печени, острого холецистита, деструктивного панкреатита, наличие свободной жидкости, инфильтратов и абсцессов в брюшной полости.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза можно обнаружить воспалительные и опухолевые образования придатков матки у женщин, тазовые абсцессы. УЗИ органов забрюшинного пространства поможет выявить признаки мочекаменной болезни и острой окклюзии

мочеточников, пиелонефрит и гидронефротическую трансформацию почек. Сегодня разрешающая способность аппаратуры ультразвуковой диагностики и накопленный опыт позволяют с высокой достоверностью выявить признаки деструктивного воспаления в червеобразном отростке. Чувствительность метода составляет 85%, специфичность - 95%. В норме во время ультразвукового исследования червеобразный отросток не определяют, поэтому его визуализация свидетельствует об изменениях его структуры, вызванных воспалительным процессом. Основные критерии наличия острого аппендицита - червеобразный отросток отекший, его невозможно сдавить, диаметр свыше 7 мм, на поперечном сечении имеет вид мишени. Симптом мишени, или бычьего глаза, обусловленный гипоехогенным расширенным отверстием червеобразного отростка.

Исходя из положения, что воспаление червеобразного отростка должно сопровождаться усилением кровотока в нем и в прилежащих тканях, информативным диагностическим методом является цветная доплерография. Установлено, что все виды воспаления червеобразного отростка, за исключением гангренозных форм, сопровождаются выраженной гиперемией его стенки. Цветная доплерография может быть достаточно надежным методом обнаружения гиперемии червеобразного отростка, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса в нем.

При затянувшемся симптоме Кохера необходимо исключить патологию верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При фиброгастродуоденоскопии можно выявить острые и хронические заболевания желудка и ДПК, вызывающие болевой синдром и симулирующие острый аппендицит.

Больным с наличием хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы перед операцией обязательно проводится электрокардиографическое исследование.

Острый аппендицит – заболевание, имеющее разнообразные клинические проявления. Диагностика острого аппендицита зачастую очень затруднена. Дополнительные методы обследования и консультации должны подтвердить клиническое предположение и помочь оценить степень компенсации сопутствующей патологии. Комплексное полноценное обследование пациента в приемно-диагностическом отделении является залогом успешного лечения в послеоперационном периоде и страховкой врача от диагностической ошибки, возможной при обследовании больного острым аппендицитом.

При типичном клиническом течении острого аппендицита дополнительные методы лучевых инструментальных исследований не

применяют. Лишь при неясном диагнозе используют визуальные методы исследования.

Во время обзорного рентгеноскопического исследования органов брюшной полости у 80% больных обнаруживают один или несколько не прямых признаков острого аппендицита: уровень жидкости в слепой кишке и терминальном отделе подвздошной кишки, пневматоз подвздошной и правой половины ободочной кишки, деформацию медиального контура слепой кишки, нечеткость контура подвздошно-поясничной мышцы (m. ileopsoas) (рис. 6). При перфорации червеобразного отростка в некоторых случаях обнаруживают пневмоперитонеум.

Некоторые авторы предлагают для диагностики острого аппендицита использовать кожную электротермометрию, сфинктероманометрию, дозированную гидростатическую ирригоскопию.

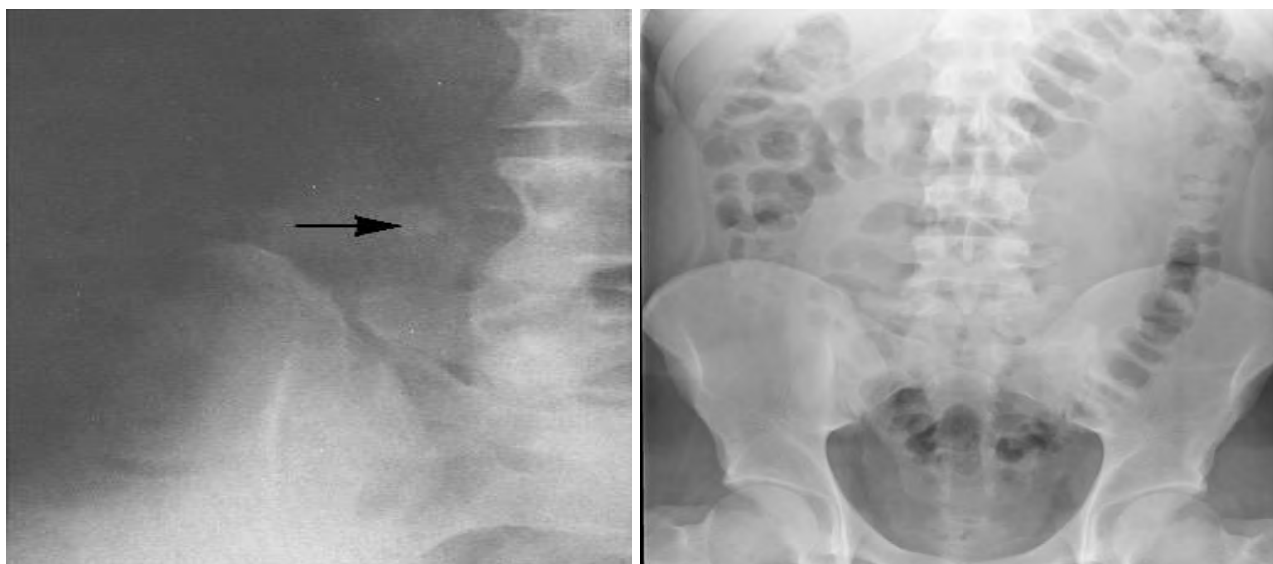


Рис 6. Обзорное рентгенографическое исследование брюшной полости дает возможность в некоторых случаях диагностировать острый аппендецит и исключить другие острые хирургическое заболевания.

Объективным методом диагностики острого аппендицита является пульсомоторография с использованием фототранзисторных датчиков. С помощью этого метода изучена интрамуральная гемодинамика в слоях передней брюшной стенки в проекции червеобразного отростка. При его воспалении отмечено уменьшение амплитуды пульсовых осцилляций в этом участке. Таким образом, пульсомоторография - более перспективный и более объективный метод сравнительно с электроэнтерографией, доплерографией и ангиотензимометрией.

В последние годы для установления диагноза острого аппендицита все чаще используют компьютерную томографию, особенно если клинические признаки, результаты ультразвукового и рентгенологического исследования органов брюшной полости сомнительные (рис. 7). Критериями наличия аппендицита являются воспалительные изменения в червеобразном отростке или признаки перикалеального воспаления в сочетании с аппендиколитом. Для выявления этих изменений терминальный отдел подвздошной кишки и слепую кишку необходимо контрастировать (за 1 час до исследования перорально вводят контрастное вещество). Пораженный червеобразный отросток имеет вид трубчатой структуры диаметром от 4 до 20 мм с утолщенной стенкой; перикалеальная реакция проявляется накоплением жидкости, размытыми контурами вокруг слепой кишки. Компьютерная томография особенно ценная для проведения дифференциальной диагностики перикалеальных воспалительных изменений, в частности флегмоны или абсцесса. Ее используют при осложненном аппендиците с целью дифференциальной диагностики апендикулярного инфильтрата и опухоли слепой кишки.



а



б

Рис 7. Диагностика острого аппендицита с помощью компьютерной томографии: а - Компьютерная томограмма, демонстрирующая копролит в устье аппендикса; б - Компьютерная томограмма, демонстрирующая резкое расширение просвета воспалённого аппендикса из-за закупорки его устья.

Если результаты дифференциальной диагностики сомнительны, целесообразно проведение лапароскопии и даже диагностической лапаротомии. Не потерял диагностической ценности лапароцентез с введением «шарящего катетера».

Учитывая особенности течения острого аппендицита и необходимость своевременного проведения оперативного вмешательства как основного способа избегания негативных последствий, даже при предположении наличия острого аппендицита, необходимая срочная

госпитализация больного в ургентное хирургическое отделение для уточнения диагноза. При сомнениях в диагнозе острого аппендицита показано проведение дифференциальной диагностики и наблюдение за больным с контролем лабораторных показателей в динамике.

Лапароскопическая диагностика

Лапароскопия – оперативное вмешательство, вариант лапаротомии. Имеет свои достоинства и недостатки. По сравнению с лапаротомией обладает меньшей информативностью, но гораздо менее травматична. Позволяет ревизовать все органы брюшной полости. Абсолютных противопоказаний к проведению диагностической лапароскопии нет.

Относительные противопоказания:

- Общие: - наличие заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, препятствующие наложению пневмоперитонеума; - беременность, 2-3-й триместры; - выраженные нарушения свертывающей системы.
- Местные: - множественные операции на органах брюшной полости; - гигантские вентральные грыжи; - множественные гнойники и свищи передней брюшной стенки.

Для выполнения операции требуются: общехирургическое оснащение, оборудование и инструментарий, хирургический стол, позволяющий изменять положение больного в двух плоскостях, стандартная бестеневая лампа, источник света для лапароскопа мощностью не менее 100 Вт, световодный гибкий кабель сечением 3,5 или 5 мм, стандартный 10-миллиметровый лапароскоп, два 5-миллиметровых троакара, 10-миллиметровый троакар, общая кислородная разводка для наложения пневмоперитонеума, хирургический отсос, зажим Бебкокка.

После обработки операционного поля производится разрез кожи и подкожной жировой клетчатки в месте предстоящего введения иглы Вереща длиной 1,2-1,5 см. Направление разреза выбирается с учетом требований косметической хирургии.

Точки наложения пневмоперитонеума и троакаров:

- Параумбиликально (вокруг пупка по верхней полуокружности кожно-фиброзного пупочного кольца с 9 до 3 часов по циферблату);
- Трансумбиликально (через пупочное кольцо);
- Через верхнюю левую точку Калька (точка, располагающаяся на 3 см выше и на 0,5 см левее пупка).

Игла Вереша вводится в брюшную полость (ощущение преодоления двух препятствий – апоневроза белой линии живота и париетальной брюшины). Проводится проба на правильность введения иглы (при капельном попадании на канюлю иглы стерильного физиологического раствора хлорида натрия последний беспрепятственно проходит в просвет иглы). Через иглу Вереша накладывается пневмоперитонеум. Для этого используются различные газовые смеси - кислород, закись азота, углекислый газ, атмосферный воздух операционной. Углекислый газ прост в хранении и расфасовке, дешев, не горит, хорошо всасывается в брюшной полости. Закись азота обладает обезболивающим действием, но горит и долго всасывается. Атмосферный воздух операционной создает большую задымленность при работе электрохирургическим инструментарием, хуже всасывается, существует опасность газовой эмболии. Давление в брюшной полости устанавливается в пределах 8-15 мм рт. ст..

Правильность наложения пневмоперитонеума проверяется методом перкуссии живота (должен определяться тимпанит во всех отделах).

Точки введения лапароскопического троакара те же, что и для введения иглы Вереша.

На кожно-фиброзное кольцо пупка накладываются два бельевых хирургических зажима. С их помощью производится тракция пупка и тканей передней брюшной стенки вверх. Через разрез кожи в брюшную полость вводится лапароскопический троакар со стилетом. Направление введения троакара - сверху вниз, спереди назад и слева направо. Стиллет извлекается, в просвет троакара вводится лапароскоп.

Техника лапароскопии.

Осмотр брюшной полости условно делится на 3 этапа:

Первый этап – общий панорамный осмотр. Поле зрения небольшое, лапароскоп максимально удален от объектов осмотра. Осмотр не носит детального характера. Необходимо определить, имеются ли в брюшной полости грубые патологические деформации – опухолевые образования, признаки воспаления брюшины, большие скопления патологических жидкостей (кровь, воспалительный экссудат, гной).

Второй этап – осмотр органов брюшной полости по областям в направлении по часовой стрелке от правого подреберья. Цель детального осмотра всех органов брюшной полости – выявление скрытой на ранних этапах патологии, исключение атипичного расположения воспаленного червеобразного отростка. Панорамная лапароскопическая картина тем больше, чем дальше находится лапароскоп от объекта вмешательства.

Оцениваются: печень (цвет, размер, консистенция, наличие патологических образований, нижний край); желчный пузырь (цвет серозной оболочки, размер, признаки напряжения); диафрагма (наличие дефектов); передняя стенка желудка (размеры, положение, форма, наличие инфильтратов, пилородуоденальная зона); нижний полюс селезенки (размер, наличие опухолей, спаяк); большой сальник (наличие патологических образований, бляшек стеатонекрозов, фиксация к различным органам брюшной полости); петли тонкой кишки (перистальтика, наличие патологических образований, диаметр, цвет серозной оболочки); брыжейка тонкой кишки (наличие увеличенных лимфатических узлов); вены брыжейки илеоцекального угла (наличие признаков тромбоза); ободочная кишка (диаметр, перистальтика, наличие патологических образований); органы малого таза (мочевой пузырь, матка и придатки у женщин на наличие опухолей, воспалительных изменений, макроскопических изменений в яичниках согласно срокам овариально-менструального цикла); париетальная и висцеральная брюшина (признаки воспаления, патологические высыпания, бляшки стеатонекрозов, наличие и характер выпота); боковые каналы живота (признаки поражения забрюшинного пространства – выбухание, пропитывание).

Пример 1. У больного с циррозом печени, декомпенсацией, синдромом портальной гипертензии, асцитом развился острый аппендицит. Воспалительный выпот сразу инфицирует всю брюшную полость.

Требуется санация брюшной полости по программе разлитого перитонита.

Пример 2. У пожилого больного с мерцательной аритмией выполняется оперативное вмешательство по поводу гангренозного аппендицита. На лапароскопии обращает на себя внимание бледность серозной оболочки тонкой кишки, вялая кишечная перистальтика. В послеоперационном периоде по поводу перитонита выполняется диагностическая лапароскопия. Выявлен артерио-мезентериальный тромбоз в бассейне верхней брыжеечной артерии с гангреной тонкой и правой половины толстой кишки. Гангренозные изменения в отростке возникли раньше вследствие первоочередной тромбоэмболии аппендикулярной артерии.

При необходимости под контролем лапароскопа в брюшную полость вводятся дополнительные троакары с манипуляторами для более детального осмотра.

Точки введения манипуляционных троакаров:

- справа по передней подмышечной линии на 2 см ниже ребра (осмотр верхних и средних правых отделов брюшной полости, эпигастральной и мезогастральной областей);
- слева по передней подмышечной линии на 2 см ниже ребра (осмотр верхних и средних левых отделов брюшной полости, эпигастральной и мезогастральной областей);
- слева на границе наружной и средней трети линии, проведенной от левой верхней передней ости подвздошной кости к пупку (осмотр нижних и средних левых отделов брюшной полости, мезогастральной области и малого таза);
- справа на границе наружной и средней трети линии, проведенной от левой верхней передней ости подвздошной кости к пупку (осмотр нижних и средних правых отделов брюшной полости, мезогастральной области и малого таза) (рис. 8).

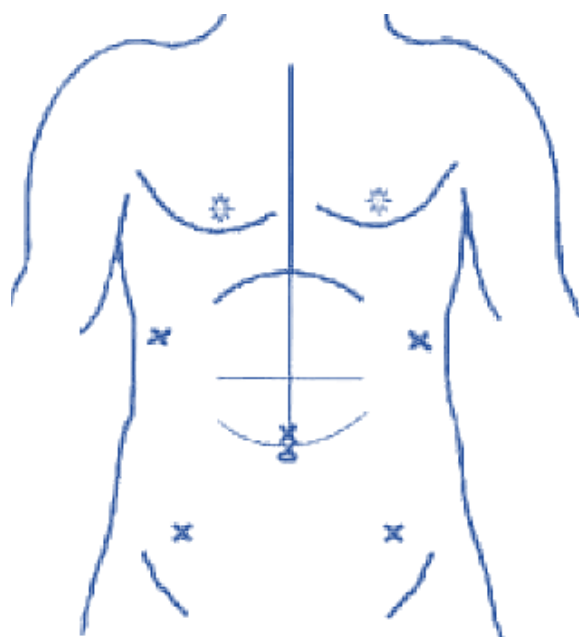


Рис 8. Точки введения манипуляционных троакаров в брюшную полость.

Все точки введения троакаров изображены на рис. 8. Для выполнения некоторых этапов ревизии возможно использование лапароскопа как манипулятора. Применяется манипулирование по плоскости лапароскопа. Введение манипуляционного троакара желательно осуществлять дальше от объекта воздействия лапароскопа для создания большего угла операционного действия.

Следует обратить особое внимание на правильность введения манипулятора в правую подвздошную область. Доступ в брюшную полость для лапароскопической дополненной аппендэктомии проходит

именно через разрез для этого троакара. Направление разреза – перпендикулярно линии, проведенной от правой верхней передней ости подвздошной кости к пупку. Место разреза определяется под контролем лапароскопа. Осуществляется давление пальцем хирурга на ткани передней брюшной стенки. Линия разреза выбирается в точке, которая проецируется на нижнюю треть купола слепой кишки.

Возможно введение манипуляционных троакаров в атипичных точках. Следует помнить об опасности повреждения надчревной артерии (проходящей параллельно средней линии живота). От нее отступают на 3-4 см латеральнее. Прокол тканей для манипуляционных троакаров также осуществляется под контролем лапароскопа в направлении к органу вмешательства.

Для осмотра разных отделов брюшной полости положение больного на операционном столе меняется. Основная цель смены положения – придать объекту осмотра верхнее положение в пространстве, когда сила тяжести отводит смежные органы в сторону.

Введение лапароскопического троакара и общий осмотр осуществляются при горизонтальном положении больного на спине. Осматривается место проекции вхождения лапароскопического троакара в брюшную полость, устанавливается отсутствие или наличие жидкости. Оценка объема находящейся в брюшной полости жидкости на этом этапе невозможна.

На втором этапе брюшная полость последовательно осматривается при различных положениях больного на операционном столе.

1. Верхняя часть тела больного приподнята, поворот на левый бок. Осмотр правых верхних и средних отделов брюшной полости, правого бокового канала, эпигастральной и мезогастральной областей: печени, желчного пузыря, части диафрагмы, части петель тонкой кишки, части брыжейки тонкой кишки, пилорoduоденальной зоны, желудка, восходящей ободочной кишки и ее печеночного изгиба.

2. Верхняя часть тела приподнята, больной лежит на спине. Осмотр эпигастральной и мезогастральной областей: желудка, части диафрагмы, части петель тонкой кишки, части брыжейки тонкой кишки, поперечной ободочной кишки и ее брыжейки, большого сальника.

3. Верхняя часть тела приподнята, поворот на правый бок. Осмотр левых верхних и средних отделов брюшной полости, левого бокового канала, эпигастральной и мезогастральной областей: желудка, селезенки, части диафрагмы, части петель тонкой кишки, части брыжейки тонкой кишки, нисходящей ободочной кишки и ее селезеночного изгиба.

4. Верхняя часть тела опущена, поворот на правый бок. Осмотр левых нижних и средних отделов брюшной полости, левого бокового канала, полости малого таза, мезогастральной области: нисходящей ободочной и сигмовидной кишки, левых придатков и матки у женщин, части петель тонкой кишки, части брыжейки тонкой кишки, поперечной ободочной кишки и ее брыжейки.

5. Завершение ревизии брюшной полости: верхняя часть тела больного опущена, поворот на левый бок. Осмотр правых нижних и средних отделов брюшной полости, правого бокового канала, полости малого таза, мезогастральной области: слепой и восходящей ободочной кишки, правых придатков и матки у женщин, части петель тонкой кишки, части брыжейки тонкой кишки, поперечной ободочной кишки и ее брыжейки, илеоцекального угла, брыжейки илеоцекального угла, червеобразного отростка.

Третий этап лапароскопии – осмотр собственно патологического очага (рис. 9).

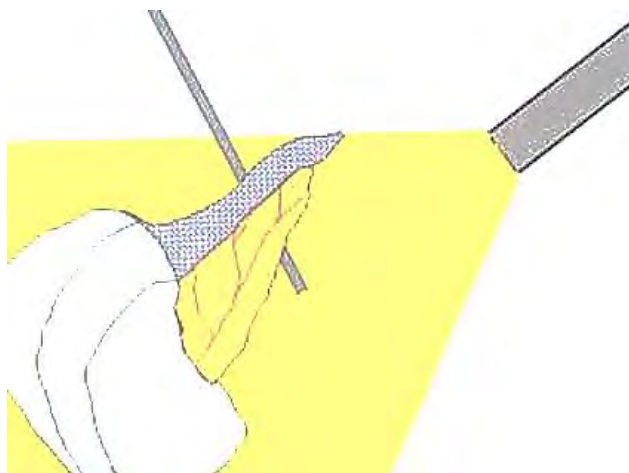


Рис 9. Осмотр червеобразного отростка

Для нахождения отростка лапароскопом и манипулятором петли тонкой кишки смещаются вверх и медиально. Воспалительные сращения окружающих органов с червеобразным отростком разделяются с помощью манипулятора. Выделение отростка из сращений и спаек под контролем лапароскопа производится до тех пор, пока не освобождается достаточная часть брыжейки отростка или его тела для захвата зажимом. На этом этапе осуществляется санация брюшной полости, орган подготавливается к выполнению оперативного вмешательства.

Лапароскопические признаки острого аппендицита распределяют на прямые и не прямые. К прямым признакам относятся видимые изменения червеобразного отростка, ригидность его стенки, гиперемия внутреннего (висцерального) листка брюшины, мелкоточечные кровоизлияния в серозную оболочку червеобразного отростка,

наслоение фибрина, инфильтрация брыжейки червеобразного отростка. Непрямыми признаками является наличие мутного экссудата в брюшной полости (чаще в правом подвздошном углублении и полости малого таза), гиперемия пристеночного листка брюшины в правой подвздошной области, гиперемия и инфильтрация стенки слепой кишки. Диагностическая ценность лапароскопии при остром аппендиците составляет 95-98%.

Видеолапароскопическая диагностика. Является вариантом лапаротомии. Уступает по информативности традиционной ревизии, но гораздо менее травматична. Позволяет ревизовать все органы брюшной полости.

Для выполнения операции требуются: общехирургическое оснащение, оборудование и инструментарий, хирургический стол, позволяющий изменять положение больного в двух плоскостях, стандартная бестеневая лампа, газовый баллон и разводка для наложения пневмоперитонеума, оптическая система (стандартный 10-миллиметровый лапароскоп с системой линз, два 10-миллиметровых троакара, два 5-миллиметровых троакара), видеокамера (стандарт УН8, разрешение 430-600 ТВЛ – телевизионных линий), источник света (блок с галогеновой до 150 Вт, а лучше с ксеноновой до 300 Вт или металлогалогидной лампой, световодный гибкий кабель сечением 3,5 или 5 мм).

Примечание. Обязательным является соответствие чувствительности видеокамеры мощности источника освещения, наличие инсуффлятора, системы аспирации и ирригации, электрохирургического аппарата (мощностью не менее 200 Вт), видеомонитора (разрешение не менее 500-600 ТВЛ, диагональ не менее 21 дюйма), видеомагнитофона (стандарт УН8), специального набора инструментов и хирургических эндоскопических сшивающих аппаратов. Вся теле- и видеоаппаратура должна подбираться по единому стандарту. После обработки операционного поля накладывается пневмоперитонеум. Точки введения иглы Вереша и троакаров – традиционные для лапароскопии. Для наложения пневмоперитонеума нельзя применять кислород, так как предстоит использование электрохирургического инструментария, и возможно возгорание кислорода в брюшной полости. Давление в брюшной полости устанавливается в пределах 10-15 мм рт. ст. Далее выполняется диагностическая лапароскопия с соблюдением всех этапов, приемов и требований к подобной процедуре.

Дифференциальная диагностика

Проведение дифференциальной диагностики острого аппендицита показано при отсутствии его типичных клинических признаков. Принимая во внимание, что дифференциальная диагностика нуждается в расходах времени, целесообразно проводить ее в определенной последовательности. Сначала исключают похожие по клиническим признакам острые хирургические заболевания органов брюшной полости, которые нуждаются в выполнении срочного оперативного вмешательства. В последующем обнаруживают признаки острых заболеваний органов брюшной полости, которые не нуждаются в неотложном оперативном вмешательстве. И, наконец, исключают другие нехирургические заболевания, при которых могут быть имеющиеся признаки синдрома острого живота.

Как правило, такое распределение является условным, поскольку анализ клинических симптомов различных заболеваний проводят одновременно, а дополнительные методы исследования применяют в определенной последовательности - от простых к сложным, пытаясь отобрать наиболее информативные.

Заболевания, с которыми чаще всего необходимо проводить дифференциальную диагностику.

Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки отличается от острого аппендицита наличием классической триады симптомов (у 70-80% больных): анамнез язвенной болезни, внезапная кинжальная боль в надчревной области, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки. Кроме того, в случае перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки редко возникает рвота, температура тела в первые часы не повышена. Можно обнаружить свободный газ в брюшной полости как по данным перкуссии (исчезновение печеночной тупости), так и рентгенологическим исследованиям (светлая полоска газа под куполом диафрагмы). Следует помнить, что содержимое, которое попало в брюшную полость, и воспалительный экссудат опускаются правым боковым каналом в правое подвздошное углубление. Соответственно боль из надчревной области перемещаются в правую подвздошную, что может напоминать характерный для аппендицита симптом перемещения боли (вариант симптома Кохера-Волковича). Но при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки боль, которая возникла в верхней половине живота, не исчезает через 2-4 часа и появляется еще и в правой подвздошной области (боль распространяется, но не перемещается!), тогда как при остром аппендиците боль в надчревной области через 2-4 часа исчезает и появляется в новом месте - правой подвздошной области.

Острый холецистит начинается чаще после нарушения диеты с острой боли в надчревной области, которая в последующем локализуется в правой подреберной области. Начальная стадия приступа боли нередко сопровождается многократной рвотой пищей и желчью. В отличие от острого аппендицита при подпеченочном расположении червеобразного отростка, зона максимальной боли и болезненности отвечает проекции дна желчного пузыря. В этой области обнаруживают симптомы раздражения брюшины, пальпируют увеличенный болезненный желчный пузырь, а также определяют положительные симптомы *Ортнера, Мерфи, Мюсси*. При высоком расположении воспалительно-измененного червеобразного отростка боль и зона максимальной болезненности проектируется чаще в сторону от проекции желчного пузыря. Если во время проведения дифференциальной диагностики острого аппендицита с острым холециститом возникают трудности, выполняют диагностическую лапароскопию или лапаротомию.

Острый панкреатит - в начале заболевания некоторые клинические симптомы напоминают такие при остром аппендиците, однако при остром панкреатите отмечают выраженную боль в верхней половине живота, которая иррадирует в спину (опоясывающая боль), неукротимая рвота, быстро прогрессируют признаки интоксикационного синдрома, метеоризм, повышение активности амилазы в моче и крови. Если возникают трудности во время проведения дифференциальной диагностики острого панкреатита и острого аппендицита, целесообразное выполнение ультразвукового исследования, лапароцентеза или лапароскопии.

Острые гинекологические заболевания - разрыв кисты яичника - в отличие от острого аппендицита характерный соответствующий гинекологический анамнез, внезапное появление боли в нижних отделах живота, наличие клинических признаков кровотечения (в частности, неизменной крови в полости малого таза при пункции через задний свод влагалища) и кровопотери (гемодинамические расстройства, анемия, потеря сознания). Внематочная беременность - в отличие от острого аппендицита характерный гинекологический анамнез, внезапное начало, признаки кровотечения и кровопотери; если возникают трудности во время проведения дифференциальной диагностики, показано выполнение лапароскопии или лапаротомии. Острый аднексит или сальпингит - в отличие от острого аппендицита характерный гинекологический анамнез, данные гинекологического осмотра и ультразвукового исследования.

Острые заболевания почек и мочевых путей. Мочекаменная болезнь, правосторонняя почечная колика - в отличие от острого аппендицита характерное внезапное начало, психоэмоциональное и двигательное возбуждение больного, появление боли в правой половине живота, больше в поясничной области, которая иррадирует в мочевой пузырь, мочевые пути, определяется положительный симптом Пастернацкого, дизурические явления, наличие микро-, макрогематурии; кроме лабораторных исследований целесообразное проведение экскреторной урографии (выявляют нарушение оттока мочи с правой почки). Острый пиелонефрит - в отличие от острого аппендицита характерны острое начало, болевой синдром в правом поясничной области, дизурические явления, гипертермия, признаки интоксикационного синдрома.

Значительно реже необходимо проводить дифференциальную диагностику с такими заболеваниями, как острая кишечная непроходимость, болезнь Крона, острое воспаление дивертикула Меккеля, мезентериальный лимфаденит, рак слепой и восходящей части ободочной кишки (псевдовоспалительная клиническая форма), расслоение или разрыв аневризмы брюшного отдела аорты, правосторонний базальный плеврит, пневмония, инфаркт миокарда, острые инфекционные заболевания (иерсиниоз, сальмонеллез) и др..

Острая непроходимость кишок при атипичном течении может напоминать острый аппендицит. Диагностическую ошибку можно предотвратить, если иметь в виду, что боль при острой непроходимости кишок сопровождается многократной рвотой, которая не приносит облегчения, во время пальпации живота признаки раздражения брюшины не обнаруживают, а при рентгенологическом исследовании органов брюшной полости в петлях кишок обнаруживают уровни жидкости (*чаши Клойбера*). У детей причиной непроходимости кишок может быть инвагинация кишок, пороки развития кишок, а также врожденный спаечный процесс в области подвздошно-слепокишечного угла.

Острый терминальный илеит (болезнь Крона). В большинстве пациентов обнаруживают четыре основных симптома: лихорадку, диарею, боль в брюшной полости, прогрессирующее похудание. В 10-15% пациентов заболевания впервые проявляется симптомами острого терминального илеита, для которого характерны интенсивная боль в правой подвздошной области, тошнота, возможная рвота, лихорадка, выраженная болезненность во время глубокой пальпации в правой подвздошной области, где выявляют также симптомы раздражения брюшины. На основании клинических признаков достаточно сложно

провести дифференциальную диагностику с острым аппендицитом, нередко больных оперируют, и правильный диагноз устанавливают только во время оперативного вмешательства; при этом обнаруживают интактный червеобразный отросток, значительное утолщение воспалительно-измененной стенки подвздошной кишки, увеличенные тусклые брыжеечные лимфатические узлы. Иногда в дифференциальной диагностике помогают данные ультразвукового исследования, компьютерной томографии и лапароскопии.

Острое воспаление дивертикула Меккеля. Дивертикул Меккеля является истинным дивертикулом подвздошной кишки, его обнаруживают у 2-5% людей; при наличии островков гетеротопии слизистой оболочки других органов в дивертикуле могут возникать осложнения (у 15-20% больных), в частности острое деструктивное воспаление (флегмонозный, гангренозный и даже перфорация воспаленного дивертикула) - в 25% случаев. При остром дивертикулите больные жалуются на острую боль в брюшной полости, тошноту, повышение температуры тела; во время объективного обследования обнаруживают симптомы раздражения брюшины как при остром деструктивном аппендиците. На основании клинических признаков провести дифференциальную диагностику очень сложно, при наличии симптомов перитонита больных оперируют, и правильный диагноз устанавливают лишь только интраоперационно.

Острый мезентеральный лимфаденит (мезаденит) имеет весенне-осеннюю сезонность, чаще возникает у пациентов в возрасте младше 20 лет после перенесенной (чаще вирусной) инфекции, характеризуется приступом боли в правой подвздошной области, которая распространяется на околопупочную область. После возникновения боли повышается температура тела. Во время пальпации живота обнаруживают болезненность в проекции корня брыжейки тонкой кишки. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Течение заболевания монотонное, выраженные интоксикационные синдромы (гипертермия, тахикардия, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево), постепенный регресс симптомов под воздействием противовоспалительной терапии.

Рак слепой и восходящей части ободочной кишки. При псевдовоспалительной клинической форме рака этой локализации возможна локальная боль в правой подвздошной области, в случае сочетания с опухолевой формой - во время пальпации в этой области обнаруживают инфильтрат, который напоминает аппендикулярный. В отличие от острого аппендицита отсутствует характерное начало

течения заболевания; применение инструментальных методов исследования (иригоскопического и фиброколоноскопического) дает возможность установить правильный диагноз.

Расслоение или разрыв аневризмы брюшной части аорты. При возникновении этих осложнений аневризмы брюшной части аорты (I-IV тип) больные отмечают появление внезапной интенсивной боли в брюшной полости или значительное усиление его интенсивности, тошноту, общую слабость. При наличии большой гематомы, которая сдавливает почки, мочеточники, мочевого пузыря, боль иррадирует в паховую область и половые органы, иногда возникают дизурические явления. Дифференциальную диагностику проводят с помощью инструментальных методов исследования - ультразвукового, компьютерной и магнитно-резонансной томографии (выявление аневризмы, ее размеров, признаки утончения, расслоения или разрыва стенки аневризмы аорты и пр.).

Правосторонний базальный плеврит и пневмония, особенно у детей младшего возраста, могут повлечь ошибки в диагностике. Для предотвращения их необходимо обратить внимание на характерный цианоз носогубного треугольника, кашель, выраженную одышку, ослабление дыхания и хрипы над пораженным отделом легких, а также шум трения плевры. Помогает в дифференциальной диагностике проведение рентгеноскопического или рентгенологического исследования легких.

Инфаркт миокарда (чаще задней стенки левого желудочка) может вызвать боль в надчревной области, однако отсутствуют симптомы раздражения брюшины. Помогает в дифференциальной диагностике проведения электрокардиографического или эхокардиографического исследований.

Псевдоапендикулярная форма иерсиниоза характеризуется острым повышением температуры до 38-39°C. Лихорадка сопровождается признаками выраженного интоксикационного синдрома (озноб, проливной пот, головная боль, миалгия), тошнотой, рвотой, частыми жидкими опорожнениями, болью в брюшной полости без четкой локализации. В последующем боль концентрируется в правой подвздошной области, где появляется выраженная локальная болезненность, симптомы раздражения брюшины выражены незначительно. В крови обнаруживают нейтрофильный лейкоцитоз (количество лейкоцитов до 15×10^9 на 1 л), значительное увеличение скорости оседания эритроцитов.

Острый гастроэнтероколит (в том числе и сальмонеллезный) может иметь похожие с острым аппендицитом признаки, особенно если

боль преимущественно локализуется в правой половине живота, а во время объективного обследования больного обнаруживают болезненность в области слепой кишки. При энтероколите боль чаще приступообразная, сопровождается урчанием в животе, возникает перед опорожнением и уменьшается на некоторое время и стихает после него. Опорожнения чаще с неприятным запахом, сначала в значительном количестве, кашеобразные, в последующем жидкие, водянистые, с волдырьками, иногда обесцвеченные. Иногда возникают признаки обезвоживания организма. Вышеупомянутые клинические признаки не характерны для острого аппендицита. При энтероколите перитонеальные симптомы отсутствуют, в некоторых случаях возможное повышение температуры тела до 38°C. Для верификации диагноза необходимый повторный осмотр больного, консультация инфекциониста, бактериологическое исследование опорожнений.

Лечение острого аппендицита

Методом лечения острого аппендицита является выполнение неотложной аппендэктомии, то есть, диагноз острого аппендицита является показанием к осуществлению неотложного оперативного вмешательства (рис. 10).

Чем раньше выполнено оперативное вмешательство, тем оно эффективнее. Оперативное вмешательство следует осуществлять на протяжении 2 часов после установления диагноза острого аппендицита (о чем необходимо сделать запись в истории болезни с указанием времени его установления). Отложить оперативное вмешательство после установления диагноза острого аппендицита можно только при объективных причинах (терминальное состояние больного, необходимость проведения предоперационной подготовки и др.), что обязательно необходимо отметить в истории болезни.

Исключением является острый деструктивный аппендицит, осложненный плотным аппендикулярным инфильтратом (который содержит червеобразный отросток и не разделяется во время осторожной «инструментальной пальпации» во время лапароскопии) без признаков абсцедирования. При такой ситуации показано проведение консервативной (антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной) терапии до регресса инфильтрата с последующим выполнением аппендэктомии через 1,5-2 мес. (оперативное вмешательство будут осуществлять уже по поводу хронического остаточного аппендицита). Если во время проведения консервативной терапии возникают признаки абсцедирования аппендикулярного инфильтрата, показано проведение оперативного

лечения - раскрытие и дренирование гнойника позадибрюшинным доступом (по Пирогову); при этом аппендэктомии выполнять не нужно, поскольку червеобразный отросток уже разрушен (рис. 11).

Лечебная тактика, если есть сомнения относительно диагноза острого аппендицита, в последние годы пересмотрено. Если раньше считали, что все сомнительные клинические случаи относительно установления диагноза разрешаются в пользу острого аппендицита, в настоящее время все сомнения относительно диагноза острого аппендицита разрешаются в пользу активного наблюдения, консультации опытных специалистов, всестороннего лабораторного и инструментального обследования, включая лапароскопию.

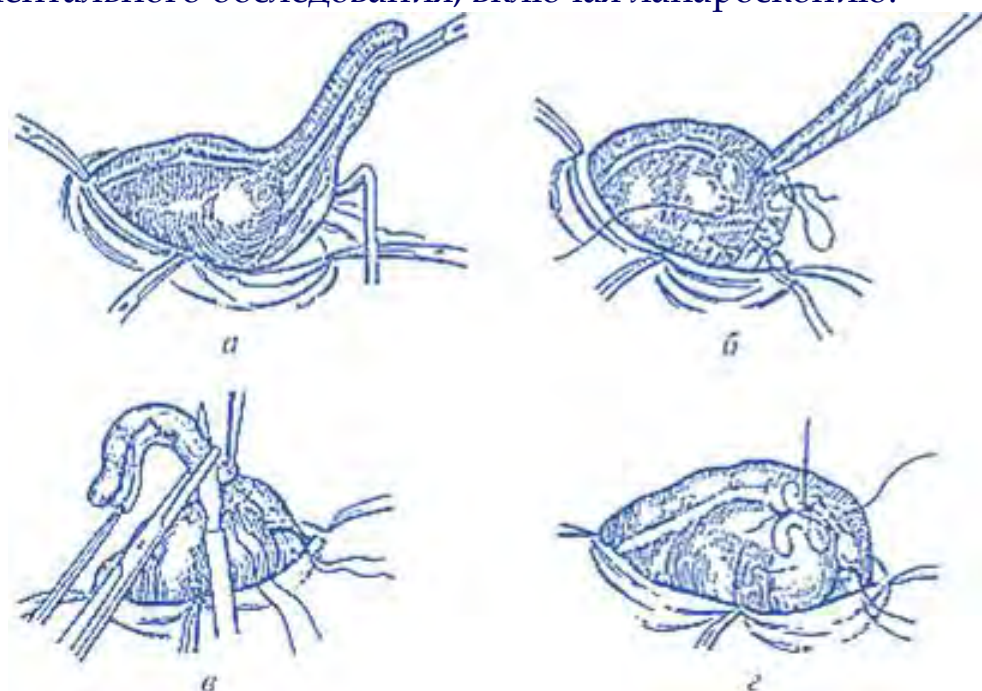
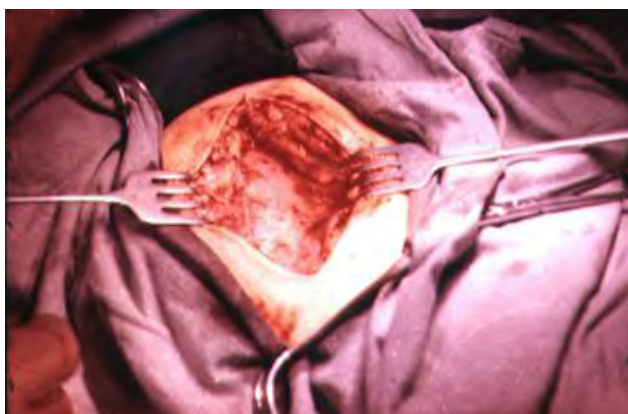


Рис 10. Аппендэктомия: а - перевязывание брыжейки червеобразного отростка; б - наложение кисетного шва; в - отсечение червеобразного отростка; г - культи червеобразного отростка погружена, наложение Z-подобного шва.



а



б



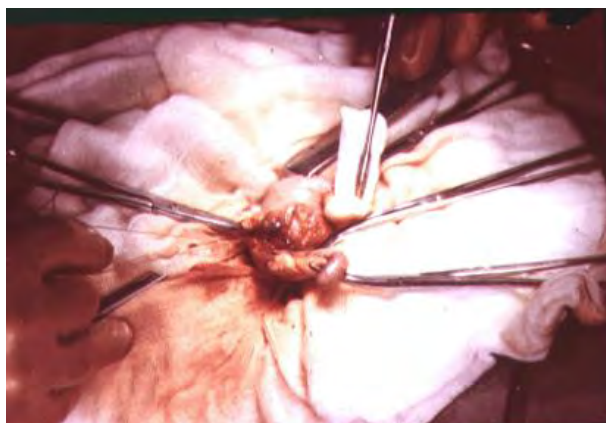
б



в



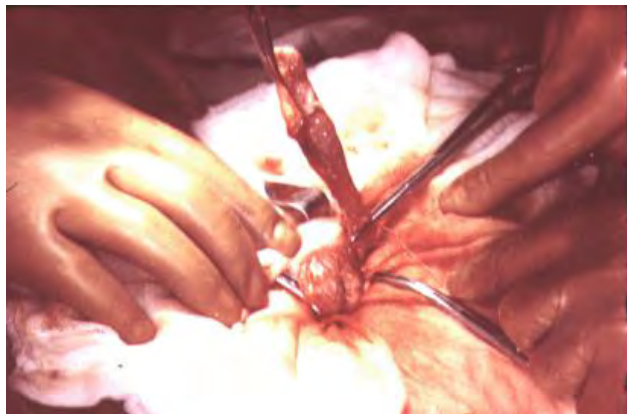
г



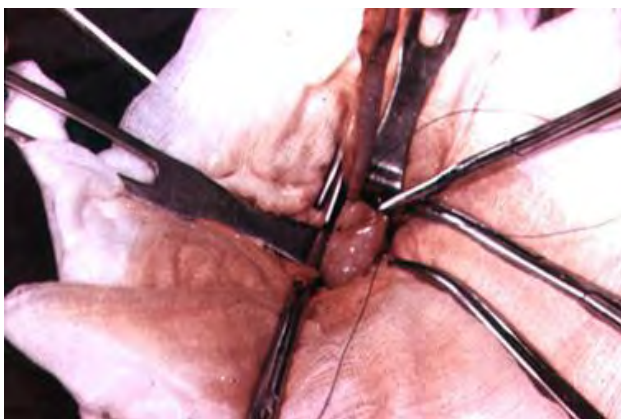
д



ж



з



и



к

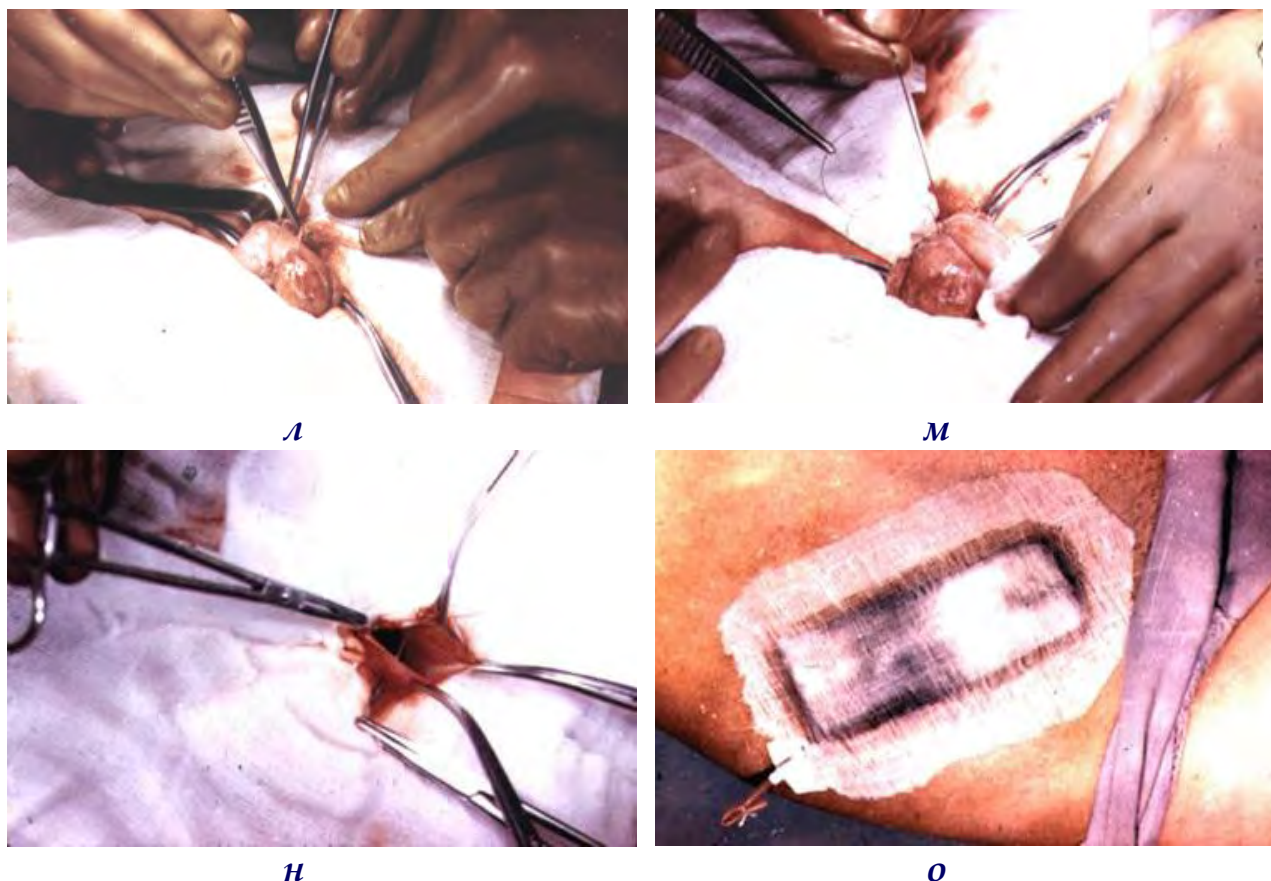


Рис 11. Этапы выполнения аппендэктомии: а - рассечение кожи и подкожной клетчатки; б - рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота; в - разведение внутренней косой и поперечной мышц живота; г - этап рассечения брюшины; д - выведение в рану купола слепой кишки с червеобразным отростком; е - отсечение и перевязка брыжейки аппендикса; ж - перевязка червеобразного отростка возле основания; з - перевязка червеобразного отростка возле основания; и - наложение кисетного шва; к - отсечение аппендикулярного отростка; л - погружение культи червеобразного отростка; м - наложение Z-образного шва; н - зашивание брюшины; о - дренаж брюшной полости при местном перитоните.

Общие вопросы организации лечения

Для оказания полноценной, своевременной и квалифицированной помощи больным острым аппендицитом лечебным учреждением рекомендуется:

- организовать круглосуточную работу клинической и биохимической лабораторий, подразделений ультразвуковой, эндоскопической и рентгенологической диагностики;
- в случае необходимости дифференцирования диагноза привлекать врачей-консультантов (урологов, гинекологов, инфекционистов, терапевтов);
- обеспечить круглосуточное функционирование реанимационно-анестезиологической службы.

Врач анестезиолог-реаниматолог оценивает состояние пациента, степень компенсации сопутствующей патологии и риск анестезиологического пособия, осуществляет по показаниям предоперационную подготовку;

- ввести в состав хирургической бригады специалиста, владеющего лапароскопической диагностикой и приемами лапароскопического оперирования. В этом случае бригада медперсонала операционной должна знать и уметь провести любую (и видеолапароскопическую, и традиционную) операцию.

Общая хирургическая тактика

Подозрение на острый аппендицит

1. При подозрении на наличие острого аппендицита больной в неотложном порядке должен быть направлен или переведен в хирургический стационар, занимающийся оказанием неотложной хирургической помощи.

Пример. При обращении пациента к хирургу, ведущему прием в поликлинике, врач, заподозривший у больного острый аппендицит, сразу с поликлинического приема направляет пациента в стационар в неотложном порядке. Врач скорой медицинской помощи, заподозривший на вызове у больного острый аппендицит, осуществляет транспортировку пациента в хирургический стационар. Больного, находящегося на лечении в любом другом отделении, при подозрении на острый аппендицит необходимо перевести в хирургическое отделение не позже, чем через два часа после консультации хирурга, если диагноз острого аппендицита к тому времени не снят.

2. Продолжительность наблюдения и обследования больного, у которого подозревается наличие острого аппендицита, в приемном покое хирургического стационара не должна превышать двух часов. В течение этого срока наличие острого аппендицита должно быть исключено, в противном случае больного следует госпитализировать.

Пример. После осмотра в приемном отделении, обследования и консультаций специалистов пациента необходимо госпитализировать в хирургическое отделение. В отделении после двух часов наблюдения при повторном осмотре врач не может исключить наличие острого аппендицита. В этом случае показаны оперативные методы диагностики.

3. Дополнительное обследование больного и наблюдение за ним в стационаре могут быть продолжены, но не более 2-4 часов.

Пример. В приемное отделение стационара доставлен пациент с клиникой деструктивного аппендицита, разлитого перитонита. Давность развития перитонита – свыше 36 часов. Имеют место

проявления тяжелой перитонеальной интоксикации с полиорганной дисфункцией: острая почечная недостаточность (анурия), сердечно-сосудистая недостаточность (нестабильная гемодинамика с тенденцией к гипотонии), дыхательная недостаточность (тахипноэ, дыхательный алкалоз). В условиях операционной или отделения реанимации в течение 2-4 часов проводится предоперационная подготовка до улучшения состояния: появления мочи, стабилизации показателей гемодинамики.

4. После этого наличие аппендицита должно быть исключено клинически (с соответствующей записью в истории болезни) или хирургически (диагностическая лапароскопия, диагностическая лапаротомия из доступа Мак-Бурнея) (рис. 12).

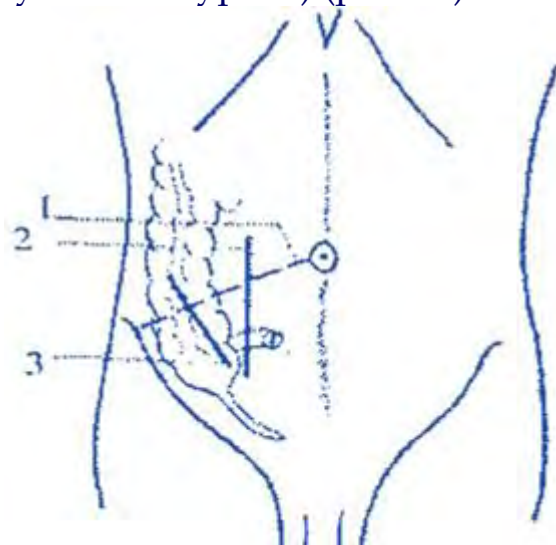


Рис 12. Разрезы передней брюшной стенки для доступа к червеобразному отростку: 1 – линия McBurney; 2 – разрез Lennander; разрез дьяконов-Воковича.

Перед операцией в истории болезни должен быть сформулирован развернутый диагноз с раздельным указанием формы аппендицита, наличия и вида отграниченного и неотграниченного перитонита. Отсутствие соответствующих формулировок в диагнозе должно означать, что признаки осложнений не выявлены (примеры формулировок диагноза см. выше). Выбор способа операции должен определяться наличием соответствующего оборудования, степенью подготовленности и опыта дежурной бригады.

Задачи предстоящей хирургической операции относительно червеобразного отростка, отграниченных и неотграниченных форм перитонита должны формулироваться раздельно.

Общая схема лечения и операции должна в первую очередь учитывать наиболее угрожающие составляющие патологического процесса и соответствовать формулировке диагноза.

1. Деструктивный аппендицит является показанием к аппендэктомии.

2. Аппендэктомия при «простом» и катаральном аппендицитах нежелательна, но допустима при невозможности исключения в червеобразном отростке начальных форм деструкции. При этом ревизия органов брюшной полости и малого таза должна предприниматься в обязательном порядке, несмотря на выявление острого аппендицита и выполненную аппендэктомию.

3. Расхождение клинических данных (признаки деструктивного аппендицита) с операционной находкой (выявление катарального или «простого» аппендицита) является показанием к расширению объема операционной ревизии органов брюшной полости.

Пример. Во время ревизии из доступа Мак-Бурнея в правой подвздошной ямке выявлено значительное количество серозного выпота, гиперемия париетальной брюшины. Червеобразный отросток гиперемирован, при пальпации мягкий, не напряжен. Патологический процесс в брюшной полости не объясняется найденными изменениями в червеобразном отростке. При детальной ревизии верхнего этажа брюшной полости у пациента выявлена язвенная болезнь: хроническая язва ДПК, осложненная перфорацией.

4. «Попутная» аппендэктомия при неизменном червеобразном отростке выполняться не должна.

При гангренозном аппендиците, особенно при сочетании деструктивного аппендицита с гипербилирубинемией или явлениями сепсиса, для исключения пилефлебита оправдана визуальная и пальпаторная ревизия вен брыжейки илеоцекального угла.

Отграниченный перитонит

1. Рыхлый периаппендикулярный инфильтрат не является противопоказанием к аппендэктомии (лапароскопической, лапароскопически дополненной или традиционной). Однако в случае выраженных местных изменений более обоснованы открытые и комбинированные способы оперирования.

2. Плотный периаппендикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования и (или) неотграниченного перитонита является основанием для отказа от хирургической операции в пользу консервативной терапии до полного исчезновения воспалительного образования. В последующем через 2-4 месяца необходима плановая аппендэктомия по поводу хронического резидуального аппендицита.

3. В случаях выявления плотного периаппендикулярного инфильтрата в процессе операции показано отграничение его от

свободной брюшной полости или дренирование места его локализации в целях профилактики возможного распространения инфекции.

4. Периаппендикулярный абсцесс является показанием к наружному вскрытию (дренированию) гнойника, по возможности из внебрюшинного доступа. Целесообразность аппендэктомии в этом случае определяется риском повреждения прилегающих органов (оценивается плотность перифокального инфильтрата, степень вовлечения в него червеобразного отростка и купола слепой кишки).

Неограниченный перитонит

1. Местный неограниченный перитонит может быть санирован в процессе аппендэктомии без расширения хирургического доступа (манипуляционная видеолапароскопия, манипуляционная лапароскопия без видеоподдержки, мини-доступ с использованием специальных инструментов, традиционный доступ Мак-Бурнея).

2. Показаниями к предоперационной подготовке являются распространенные формы перитонита в сочетании с септическим шоком, выраженной токсемией или полиорганной недостаточностью.

Оптимальная продолжительность подготовки – не более 2-4 часов. Ведущий критерий ее прекращения – стабилизация основных показателей гемодинамики и гомеостаза.

3. Объем санации брюшной полости должен соответствовать распространенности и степени выраженности воспалительных изменений.

Наличие любой формы неограниченного перитонита требует общей санации брюшной полости (видеолапароскопической, лапароскопической или лапаротомной).

5. При распространенном серозном перитоните наиболее оправдана видеолапароскопическая или лапароскопическая санация (при этом сама аппендэктомия может быть осуществлена из традиционного доступа, из мини-доступа или видеолапароскопически).

6. При распространенном серозно-фибринозном, фибринозно-гнойном и гнойном перитоните санация брюшной полости должна осуществляться видеолапароскопически или лапаротомно.

7. При высокой бактериальной загрязненности тканей брюшной полости оперирующий хирург должен запланировать повторную программную санацию и дату ее проведения.

8. При выявлении калового перитонита или признаков анаэробной инфекции целесообразна лапаростомия.

Консервативное лечение

Консервативная терапия при остром аппендиците применяется только при плотном периаппендикулярном инфильтрате. С целью ускорения рассасывания и предупреждения осложнений больным назначают постельный режим, щадящую диету, местное применение холода (в ранние сроки) или тепла (лечение больных со старыми, медленно рассасывающимися инфильтратами), антибактериальное и противовоспалительное лечение. В поздние сроки используют также физиотерапевтические процедуры.

Подготовка больного к операции

В приемном отделении перед операцией пациент должен пройти частичную санитарную обработку.

Желательно принять душ. Операционное поле бреется от сосков до верхней трети бедер (у мужчин вокруг полового члена и мошонки).

В случае варикозного расширения вен нижних конечностей обязательно эластичное бинтование ног.

При высоком риске тромбоэмболических осложнений до операции проводится гепаринопрофилактика.

Пациентам с мобильным эмоциональным фоном целесообразно назначить седативные препараты.

Если пациент принимал пищу менее 6 часов назад, до операции необходимо вывести ее из желудка.

Мочевой пузырь перед операцией должен быть опорожнен. Больным, страдающим хроническими запорами, с целью профилактики послеоперационного пареза кишечника желательно сделать очистительную клизму (за исключением случаев подозрения на перфорацию червеобразного отростка).

Все эти мероприятия проводятся после окончания обследования и должны завершиться в срок до двух часов.

Хирургическая диагностика острого аппендицита

Диагностика из доступа Мак-Бурнея Является вариантом лапаротомии. Позволяет ревизовать правую подвздошную ямку, слепую кишку и часть восходящей ободочной кишки, терминальный участок подвздошной кишки и ее брыжейку. Эта методика имеет ограниченные возможности и более травматична по сравнению с лапароскопическими методиками ревизии.

Для выполнения операции требуются: общехирургическое оснащение, оборудование и инструментарий.

Доступ в брюшную полость для аппендэктомии составляет 10-12 см. Направление кожного разреза - перпендикулярно линии, проведенной от правой верхней передней ости подвздошной кости к пупку.

Место разреза - на границе наружной и средней трети указанной линии; $\frac{2}{3}$ длины разреза проходят ниже данной линии. Рассекается кожа, подкожная жировая клетчатка, фасция Томпсона. Края кожной раны разводятся плоскостными крючками Фарабефа. Двумя салфетками отграничивается подкожная жировая клетчатка. Разрез апоневроза наружной косой мышцы живота - по ходу волокон на длину кожного разреза. Края рассеченного апоневроза захватываются плоскостными крючками и смещаются в стороны перпендикулярно направлению кожного разреза. Куперовскими ножницами надсекается перимизий внутренней косой мышцы живота, двумя зажимами Бильрота разводятся волокна внутренней косой и поперечной мышц живота в направлении, перпендикулярном линии кожного разреза.

В образованное в мышечной ткани окно вводятся бранши плоскостных крючков, и производится его расширение в направлении, перпендикулярном линии кожного разреза. Поперечная фасция и париетальная брюшина захватываются двумя зажимами Бильрота. Между конусом, образованным поперечной фасцией и всеми слоями тканей передней брюшной стенки (кожа, подкожная клетчатка, фасция Томпсона, апоневроз наружной косой мышцы живота, внутренняя косая и поперечная мышцы), прокладываются края двух больших хирургических салфеток. Куперовскими ножницами надсекаются поперечная фасция живота и париетальная брюшина. Края париетальной брюшины зажимами Бильрота вытягиваются над уровнем кожи и фиксируются в 4-6 местах к краям салфеток, отграничивающих операционную рану, зажимами Микулича. Плоскостные крючки вводятся в брюшную полость, и производится тракция операционной раны по линии кожного разреза на всю длину.

В брюшную полость вводятся плоскостные крючки. Осматривается париетальная брюшина, оценивается наличие выпота и другие признаки перитонита. Анатомическим пинцетом захватывается купол слепой кишки и выводится в рану. Оценивается толщина стенки слепой кишки, степень подвижности ее купола. Методом перебора двумя анатомическими пинцетами по ходу осуществляется поиск основания червеобразного отростка.

Типичное отхождение червеобразного отростка - медиально от купола слепой кишки. Орган свободно расположен в брюшной полости. Возможна латеральная, дорсальная локализация отростка по отношению к куполу слепой кишки. В этих случаях чаще наблюдаются сращения

отростка с париетальной брюшиной правой подвздошной ямки. Реже встречаются тазовое, подпеченочное, забрюшинное расположение отростка. Оценивается его толщина, цвет серозной оболочки, степень напряженности, наличие налета фибрина. При необходимости методом перебора можно осмотреть терминальный участок подвздошной кишки до одного метра длиной, ее брыжейку, выявить признаки острого мезаденита, пилефлебита, дивертикул Меккеля.

Осложнения, прогноз и профилактика

Все осложнения острого аппендицита возникают в случае развития деструктивных форм воспаления червеобразного отростка, что обусловлено гнойно-деструктивным поражением всех слоев его стенки с нарушением ее физической и биологической герметичности.

Перфоративный аппендицит - перфорация стенки червеобразного отростка. Характерные клинические проявления деструктивных форм аппендицита с возникновением разных осложнений (чаще всего различных форм перитонита).

Перитонит - воспаление брюшины, клинически проявляется симптомами раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, напряжение мышц передней брюшной стенки), динамической (паралитической) непроходимостью кишок, начиная со второй клинической стадии, признаками интоксикационного синдрома. Для местного отграниченного перитонита (абсцесса брюшной полости) характерны такие симптомы: локальная боль, симптомы раздражения брюшины, признаки воспалительного поражения органов, которые окружают гнойник, гипертермия гектического типа, признаки интоксикационного синдрома. Местный и распространенный перитонит является показанием к выполнению неотложного оперативного вмешательства.

Аппендикулярный инфильтрат является вариантом перитонита (слипчивого) и представляет собой образование конгломерата органов и тканей, прилегающих к червеобразному отростку с деструктивным воспалительным процессом. По течению выделяют две стадии развития аппендикулярного инфильтрата: неабсцедирующий (регрессирует) и абсцедирующий (прогрессирует), с учетом чего и определяют хирургическую тактику.

При наличии аппендикулярного инфильтрата, который не абсцедирует, проводят консервативную терапию с последующим выполнением планового оперативного вмешательства (аппендэктомии) через 1,5 - 2 мес., после регресса аппендикулярного инфильтрата (по поводу хронического остаточного аппендицита). При наличии

аппендикулярного инфильтрата, который абсцедирует, выполняют неотложное оперативное вмешательство - позабрюшинное раскрытие и дренирование аппендикулярного абсцесса.

Дифференциальную диагностику стадий аппендикулярного инфильтрата проводят с помощью инструментальных методов исследования. По данным рентгенологического исследования органов брюшной полости, проведенного в положении больного стоя (или в боковой проекции), обнаруживают мелкие волдыри газа с горизонтальным уровнем жидкости на фоне ограниченного затемнения, которое локализуется в правом боковом канале кнаружи от проекции слепой кишки.

Во время ультразвукового исследования аппендикулярный инфильтрат имеет вид гомогенного очага в правой подвздошной или срединной области различной плотности. В нем, в отличие от аппендикулярного абсцесса, не выявляют четких контуров. Согласно данным ультразвукового исследования, при наличии абсцедирующего инфильтрата или периаппендикулярного абсцесса обнаруживают эхонегативное полостное жидкостное образование с четкими контурами различной формы, без признаков кишечной перистальтики и пульсации, с плотным перифокальным инфильтратом. При наличии аппендикулярного абсцесса экоструктура гнойного очага зависит от степени расплавления и деструкции тканей.

Лечебная тактика при различных вариантах аппендикулярного инфильтрата различная: консервативное лечение - при плотном аппендикулярном инфильтрате, оперативное - при мягком. Решение указанных лечебных заданий обеспечивает лапароскопическая диагностика. Выполнение неотложного оперативного вмешательства показано в таких ситуациях:

- при наличии мягкого аппендикулярного инфильтрата, который легко отделяется;
- если воспалительно-измененный червеобразный отросток частично втянут в конгломерат органов, которые образуют аппендикулярный инфильтрат;
- в случае попадания в брюшную полость гноя, независимо от характера аппендикулярного инфильтрата (плотный или мягкий).

Консервативное лечение показано больным, у которых обнаруживают плотный аппендикулярный инфильтрат, который содержит весь червеобразный отросток и не разделяется во время осторожной инструментальной пальпации.

При наличии аппендикулярного абсцесса в настоящее время широко используют пункционный метод лечения - под контролем ультразвукового исследования или компьютерной томографии проводят пункцию аппендикулярного абсцесса с аспирацией гноя, промывание полости гнойника и ее дренирование с проведением активного лаважа (промывание через один дренаж с активной аспирацией через другой).

Абсцесс или флегмона клетчатки забрюшинного пространства - острое гнойно-некротическое воспаление клетчатки забрюшинного пространства в результате инфицирования и распространения воспалительного процесса при ретроцекальном или ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка. Лечебная тактика заключается в проведении неотложного оперативного вмешательства, которое включает аппендэктомию, первичную хирургическую обработку (раскрытие, некрэктомию, дренирование) аппендикулярного абсцесса или флегмоны.

Пилефлебит - гнойный (септический) тромбофлебит сосудов системы воротной вены, при котором воспалительный процесс начинается в венах червеобразного отростка, распространяется выше подвздошно-ободочной или брыжеечной вен на наружно- и внутриорганные ветви воротной вены с образованием многочисленных абсцессов печени. Тромбозу воротной вены, как правило, предшествует возникновение перитонита, сепсиса. Начальные клинические проявления пилефлебита нивелируются симптомами основного заболевания. Только в случае поражения вен печени наблюдают характерные клинические признаки острой печеночной недостаточности и сепсиса: гектическую лихорадку, озноб, выраженный интоксикационный синдром, появление желтухи, боль в правой подреберной области с иррадиацией в спину, правую ключицу и бедро, увеличение размеров печени, асцит, реактивный плеврит. Во время лабораторного исследования крови отмечают нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, прогрессирующую анемию, увеличение скорости оседания эритроцитов, гипербилирубинемия, повышение активности аминотрансфераз, гиперфибриногеномию, появление желчных пигментов в моче.

Риск развития пилефлебита высокий у больных с гангренозным аппендицитом, при ретроцекальном (ретроперитонеальном) расположении червеобразного отростка, на фоне перитонита, в частности, периаппендикулярного абсцесса. Первыми признаками заболевания являются расширенные, зеленоватого оттенка тромбованные вены червеобразного отростка или отек и пропитывание

(имбибиция) кровью брыжейки червеобразного отростка; наблюдают также увеличение размеров печени, большое количество серозного экссудата, спленомегалию. Больных с указанными изменениями выделяют в группу риска возникновения пилефлебита.

В профилактике и лечении пилефлебита используют принцип регионарного введения лекарственных средств, что дает возможность повлиять на первичные звенья патогенеза заболевания. Лечебная тактика - удаление червеобразного отростка с его брыжейкой, санация брюшной полости; консервативное лечение - проведения антибактериальной, антикоагулянтной, дезинтоксикационной терапии; целесообразное внутривенное введение лекарственных средств через катетеризованную пупочную вену.

Сепсис - синдром системного воспалительного ответа на очаг инфекции, которым является деструктивно-измененный червеобразный отросток и его гнойно-воспалительные осложнения (перитонит, абсцесс или флегмона клетчатки забрюшинного пространства, пилефлебит). Сепсис возникает в результате несвоевременного или неадекватного лечения острого деструктивного аппендицита или у больных со сниженными защитными возможностями организма. Клинические признаки - гипертермия, бактериемия в 45-50% больных, признаки интоксикационного синдрома, гемодинамические расстройства, полиорганная недостаточность. Лечебная тактика, прежде всего, предусматривает устранение гнойного очага, проведения антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной и симптоматической корректирующей терапии.

Прогноз - если оперативное вмешательство выполнено своевременно и адекватно, больной выздоравливает достаточно быстро и полностью; при наличии осложнений прогноз хуже, однако в случае своевременного и правильного их лечения возможный благоприятный результат; самая сложная ситуация относительно прогноза у больных с такими осложнениями, как пилефлебит и сепсис.

Профилактика острого аппендицита - как система гарантированных мероприятий предотвращения возникновения заболевания не существует; относительные рекомендации, которые могут способствовать профилактике - рациональное питание, преимущество в рационе растительной пищи, активный двигательный режим, что способствует нормализации моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. Профилактика осложнений острого аппендицита - это своевременная диагностика и оперативное вмешательство. Этому способствует санитарная грамотность людей, высокая квалификация и ответственность врачей.

Глава 2. Острый холецистит и его осложнения

Мотивационная характеристика темы. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и ее осложнения представляют значительный теоретический и практический интерес врачей разных специальностей. Лечение ЖКБ пока еще остается прерогативой хирургов, однако целый ряд ситуаций требуют общего решения с привлечением терапевтов, эндоскопистов, рентгенологов и других специалистов. По данным Национального института здоровья в мире ЖКБ страдают 10-15% взрослого населения. Появление новых технологий в диагностике и лечении этой патологии требуют от врача постоянного совершенствования своих знаний.

Цели занятия: на основании полученных ранее данных по нормальной и патологической анатомии, физиологии и патофизиологии печени, желчного пузыря и желчных протоков изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечебную тактику при желчнокаменной болезни и ее осложнениях.

Задачи занятия

1. Усвоить нормальную и патологическую анатомию желчного пузыря, желчных протоков, сфинктера Одди.
2. Ознакомиться с основными этиологическими факторами ЖКБ, узнать патогенез хронического острого калькулезного холецистита.
3. Усвоить основные клинические проявления ЖКБ и ее осложнений, научиться сбору анамнеза и жалоб при этой патологии.
4. Ознакомиться с принципами клинического обследования пациентов, научиться диагностировать различные синдромы и симптомы при ЖКБ.
5. Научиться оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики при хроническом и остром калькулезном холецистите, холедохолитиазе, стенозе большого дуоденального сосочка, холангите.
6. Освоить лечебную тактику и виды консервативного и хирургического лечения ЖКБ.

Требования к исходному уровню знаний

Для успешного и полного освоения темы необходимо повторить:

1. нормальную и топографическую анатомию печени, желчного пузыря, желчных протоков;
2. физиологию желчнообразования и желчновыделения, синтез и обмен холестерина.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин

1. Желчнообразование, принципы, регуляция образования и выделения желчи.
2. Каковы функции желчного пузыря?
3. Каковы строение и функции холедоходуоденального перехода (Фатеров сосочек, сфинктер Одди)?

4. Какова морфологическая и функциональная взаимосвязь желчного пузыря, желчных протоков, поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки?

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Желчнокаменная болезнь. Понятие, этиология, эпидемиология, виды камней, патогенез.
2. Клинические проявления желчнокаменной болезни.
3. Лабораторная и инструментальные методы диагностики ЖКБ, показания и оценка данных.
4. Лечение хронического калькулезного холецистита. Виды операций.
5. Лечение острого калькулезного холецистита. Виды операций.
6. Альтернативные методы лечения ЖКБ, виды, показания к применению.
7. Холедохолитиаз, понятие, клиника, диагностика, варианты лечения.
8. Стеноз БСДК, понятие, клиника, диагностика и лечение.
9. Холангит, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
10. Синдром Мириizzi, понятие, клиника, диагностика, лечение.
11. Желчные свищи, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
12. Методы интраоперационного обследования желчных протоков.
13. Рак желчного пузыря, классификация, клинические формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Памятные даты из истории билиарной хирургии

1867 - J.S. Bobbs - первая холецистомия.

1882 - C. Langenbuch - первая плановая холецистэктомия.

1882 - H. Marcy - первая холедохолитотомия.

1887 - Н.Д. Монастырский - формирование холецистоеюноанастомоза.

1889 - Ю.Ф. Косинский - первая холецистэктомия в России.

1891 - R. Abbe - впервые в мире осуществил наружное дренирование общего желчного протока через культю пузырного протока.

1900 - W.S. Halsted - использовал скрытый дренаж с целью замещения дефекта холедоха.

1931 - P.L. Mirizzi - предложил и осуществил первую интраоперационную холангиографию.

1935 - P. Huard - впервые применена чрескожная чреспеченочная холангиография.

1951 - H. Willegans - сконструировал эндоскоп для осмотра холедоха.

1968 - McCune - внедрение в практику эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии.

1974 - Nakajima M., Kawai K., Classen M. - внедрение в практику эндоскопической папиллосфинктеротомии.

1984 - Ph. Mouret - первая видеолaparоскопическая холецистэктомия.

Введение

Желчнокаменная болезнь (*cholelithiasis*) – поливалентное заболевание, при котором в результате врожденного или приобретенного нарушения метаболизма холестерина и желчных кислот в ассоциации с нарушениями пассажа желчи по желчным путям и деятельностью инфекционных агентов образуются желчные конкременты (желчные камни). Клинические проявления и прогноз в конкретных случаях зависят от стадии конкрементообразования, первичной локализации, путей миграции, длительности существования конкрементов, характера микрофлоры, индивидуальных особенностей организма пациента.

По сведенным данным статистики, желчнокаменная болезнь является распространенным заболеванием, особенно среди городского населения развитых стран Европы и Северной Америки. Если в Китае и Японии желчные камни обнаруживают, в 2-3 % взрослого населения, то в странах Европы – от 10 до 25%, а у лиц возрастом свыше 60 лет - до 35-55%. Причем соотношение между женщинами и мужчинами, составляет в среднем 5:1, а в возрасте свыше 60 лет – 2:1.

По данным англо-саксонской литературы, желчнокаменную болезнь принято называть заболеванием *пяти “f”*: *femina* (женщина), *after forty* (после сорока), *fertile* (плодовитая, многодетная), а *fat* (с избыточной массой тела), *fletulent* (страдает от газов, метеоризма). Известно, что желчнокаменная болезнь возникает даже у новорожденных.

Анатомо-физиологические данные

Печень (*hepar*) – наибольший непарный жизненно важный орган человека, что занимает верхнюю правую и, частично, левую части брюшной полости. Основным ее функционально-морфологическим элементом является печеночная долька, которая имеет диаметр 0,7-2,0 мм, представленная клубком капилляров воротной вены и печеночной артерии (рис. 1), между которыми размещены два ряда печеночных клеток и первичный желчный капилляр (рис. 2).

Разветвления капилляров воротной вены, печеночной артерии и центральной вены печеночной частицы с множественными анастомозами составляют “чудесную” сеть сосудов печени (*rete mirabile vasorum hepatis*), которая отличает печень от других органов и обеспечивает ее множественные функции.

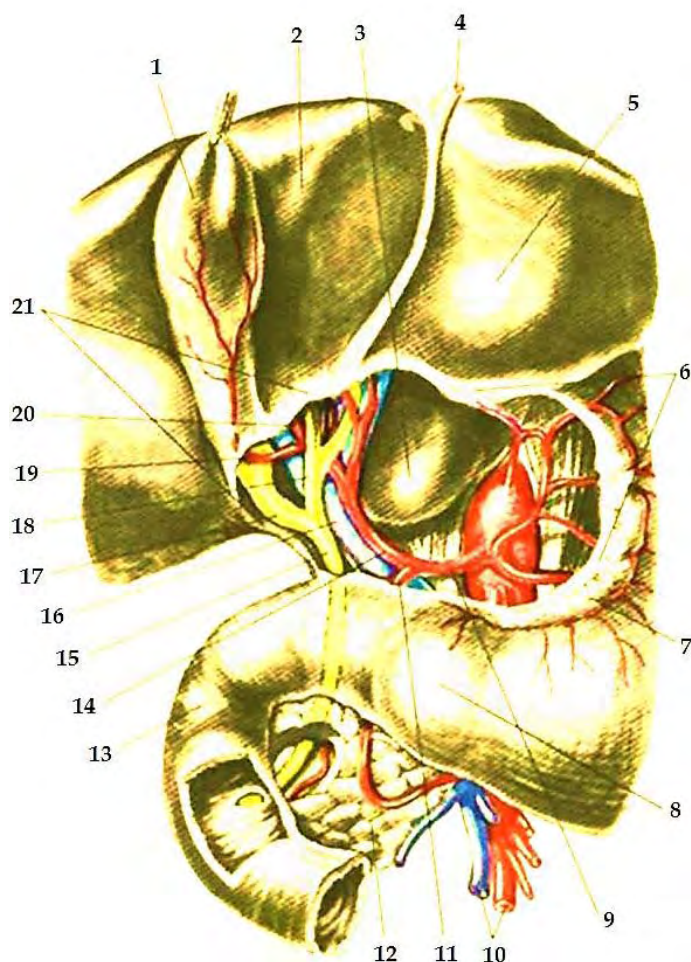


Рис 1. Кровеносные и желчные пути lig.hepatoduodenale: 1 - желчный пузырь; 2- квадратная доля печени; 3 -хвостатая доля; 4 -круглая связка; 5 - левая доля; 6 - места прикрепления печеночно-желудочной связки; 7 - малая кривизна желудка; 8 -pylorus; 9 - общая печеночная артерия; 10 -верхние мезентериальные сосуды; 11- поджелудочно-двенадцатиперстная артерия; 12 - головка подже-лудочной железы; 13 - duodenum; 14 - а. hepatica propria; 15 -общий желчный проток; 16 - воротная вена; 17 - пузырный проток; 18 - печеночный проток; 19 - пузырная артерия; 20 - правая ветвь собственной печеночной артерии; 21 - печеночно-двенадцатиперстная связка;

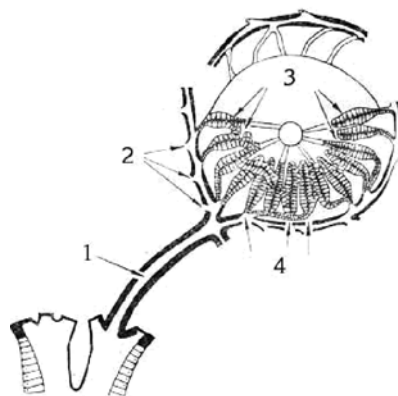
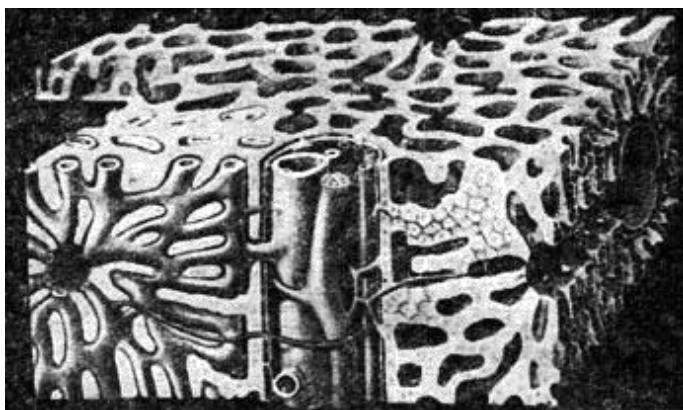


Рис. 2. Конструкция печеночной структуры по Элиасом и схема внутрпеченочных желчных путей

Поперечная серпообразная связка (*lig. falciforme s. suspensorium hepatis*) разделяет по передней поверхности печень на две частицы, (правую большую и левую - поменьше), что не отвечает ее истинному сегментарному делению. Согласно последней линии, которая разделяет правую и левую доли ("ось печени" - *Reiferscheid, Roux*), проходит через проекцию нижней полой вены и середину ложа желчного пузыря. Couinoud делит печень на восемь сегментов. На нижней поверхности печени различают два саггитальных углубления. Правое - ложе желчного пузыря и место нижней полой вены, левая - спереди - место круглой связки печени, сзади - остатка венозного протока. Углубления посредине соединяются поперечной выемкой (подобно букве "Н") - ворота печени (*porta hepatis*), в которых проходят основные кровеносные и желчевыводящие магистрали (*a. hepatica, v. portae, ductus hepaticus*) (рис. 3).

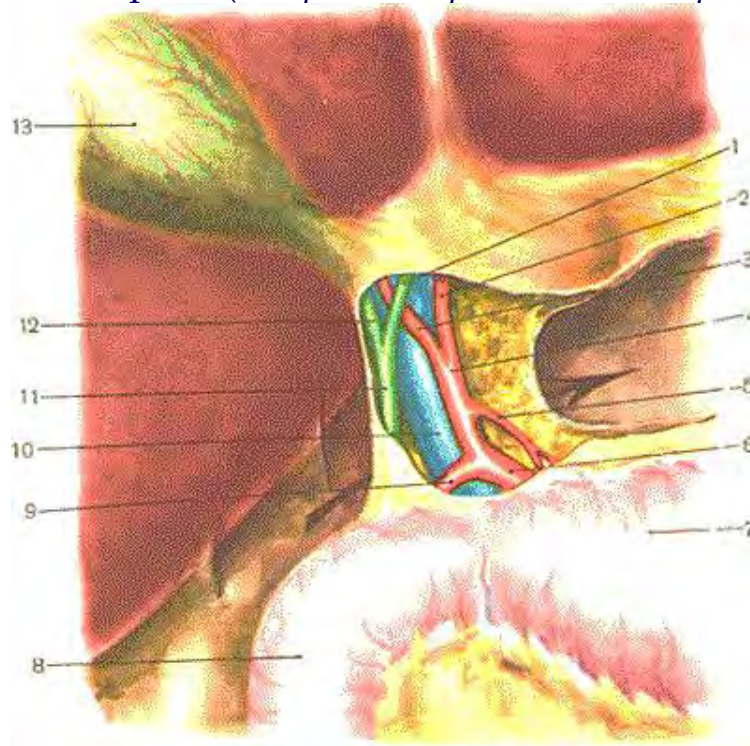


Рис. 3. Топография образований, заключенных в печеночно-двенадцатиперстной связке. Стрелкой показан вход в *bursae omentalis* через сальниковое отверстие. 1 - *ductus hepaticus communis*; 2 - *ramus sinister a. hepaticae propriae*; 3 - *ramus dexter a. hepaticae propriae*; 4 - *a. hepatica propria*; 5 - *a. gastrica dextra*; 6 - *a. hepatica communis*; 7 - *ventriculus*; 8 - *duodenum*; 9 - *a. gastroduodenalis*; 10 - *v. portae*; 11 - *ductus choledochus*; 12 - *ductus cysticus*; 13 - *vesica fellea*.

Выработанная печеночными клетками желчь попадает в первичные желчные капилляры, из них - в дольковые протоки (*ductuli biliferi*), потом - в протоки (канальца Геринга) ворот, сегментарные желчные, правый и левый долевыми (*ductus hepaticus dexter et sinister*) внутрипеченочные протоки (рис. 1).

Соединившись в участке ворот печени, правый и левый печеночные протоки образуют общий печеночный (*ductus hepaticus communis*), который, принимая проток желчного пузыря (*ductus cysticus*), продолжается в виде общего желчного протока к двенадцатиперстной кишке, впадая в последнюю вместе с протоком поджелудочной железы (рис. 4).

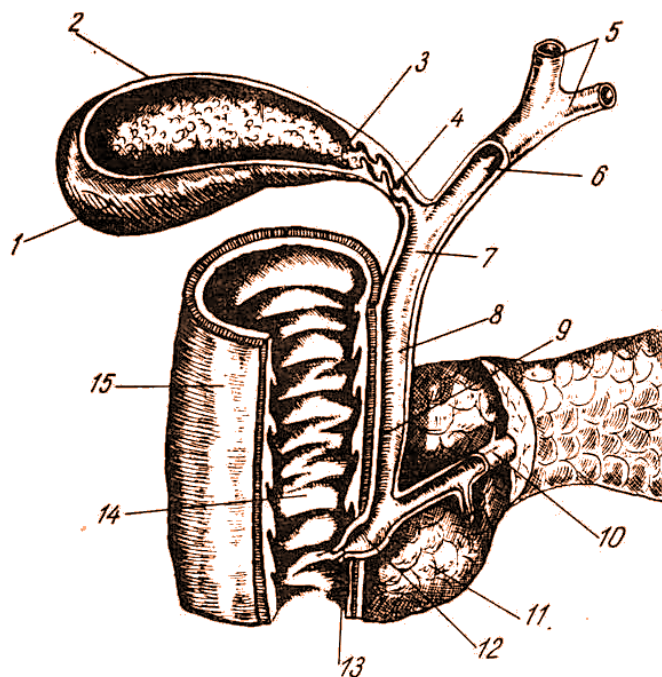


Рис. 4. Желчный пузырь, желчные и панкреатические протоки.

1 – дно; 2 – тело; 3 – шейка желчного пузыря; 4 – пузырный проток и клапан Гейстера. 5, 6 – печеночные протоки. 7, 8, 9 – общий печеночный проток. 10 –панк-реатический проток. 12, 13 – ампула и дуоденальный сосочек.

Известные многочисленные анатомические варианты структуры наружных желчевыносящих протоков, протока поджелудочной железы (рис. 5).



Рис. 5. Частые варианты взаимоотношений общего желчного и панкреати-ческого протока: 1 – холедох; 2 – панкреатический проток; 3 – стенка двенадцати-перстной кишки; 4 – ампула Фатерова сосочка; 5 – большой дуоденальный сосочек.

Желчный пузырь (*vesica fellea*) – грушеобразной формы резервуар емкостью 40-100 мл, который размещен в одноименном углублении на

нижней поверхности правой доли печени (рис. 3). Из позиций хирургической анатомии в нем выделяют дно, тело, шейку с карманом Гартмана, выводной проток (*ductus cysticus*), который впадает в общий печеночный проток, образуя общий желчный проток. Стенка желчного пузыря состоит из (снаружи кнутри) серозной, мышечной, подслизистой и слизистой оболочек (слоев). Относительно, брюшины желчный пузырь по большей части размещается мезоперитонеально, но достаточно часто наблюдают варианты (рис. 6).

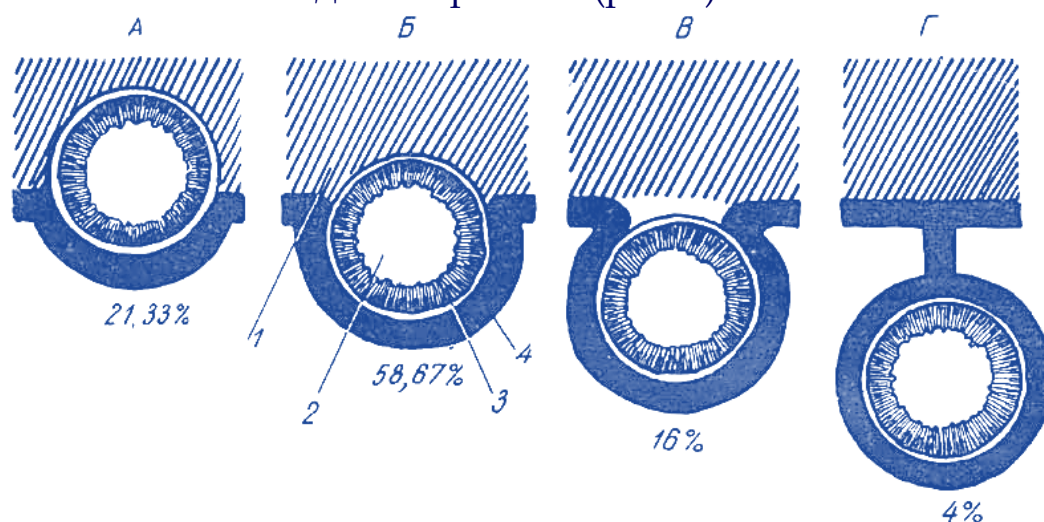


Рис. 6. Отношение желчного пузыря к брюшине А. внутрипеченочное размещения; Б. мезоперитонеальное; В, Г. Варианты интраперитонеального размещения.

Мышечная оболочка желчного пузыря представлена гладкими мышцами (*musculus detrussor vesicae fellae*) трабекулярной структуры, которые в участке выводного протока образуют сфинктер (Люткенса). Слизистая оболочка вместе с подслизистой, проникая между трабекулами мышечной, образует множественные мелкие выпячивания (карманы Ашофа-Рокитанского).

В участке печеночного ложа желчного пузыря возможны дополнительные мелкие желчевыводящие протоки (ходы Люшка), которые соединяют его просвет с мелкими внутрипеченочными протоками. Слизистая оболочка желчного пузыря в участке выводного протока образует спиралеподобную складку (*valvula spiralis*), известную как клапан Гейстера.

Кровоснабжение желчного пузыря происходит через пузырную артерию (*a. cystica*), которая преимущественно является ответвлением правой печеночной артерии, но возможные многочисленные варианты (рис. 7).

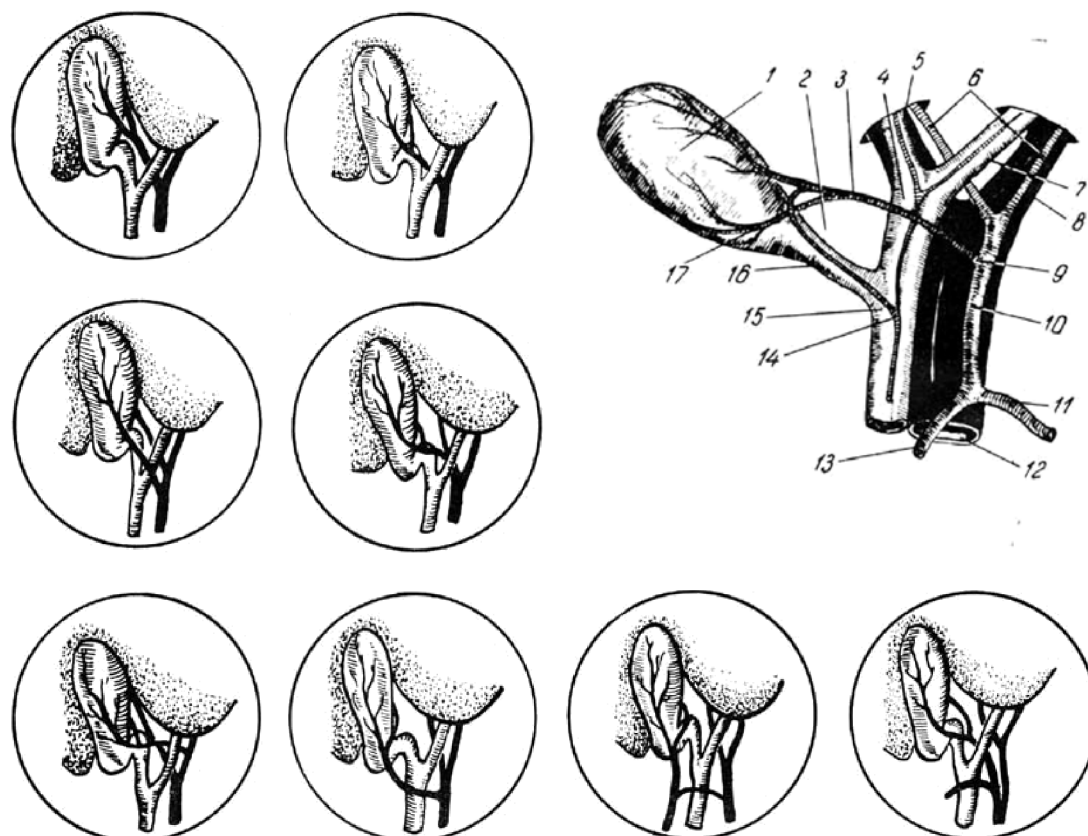


Рис. 7. Взаимоотношения элементов гепатодуоденальной связки, треугольника Калло, варианты пузырной артерии: 1 - желчный пузырь; 2 - треугольник Калло; 3 - пузырная артерия; 4 - общий печеночный проток; 5, 7 - печеночные протоки; 6 - правый и левые печеночные артерии; 8, 12 - воротная вена. 10 - собственно печеночная артерия; 11 - общая печеночная артерия; 13 - поджелудочно-двенадцатиперстная артерия; 14 - пузырный нерв; 15 - общий желчный проток; 16 - пузырный проток; 17 - пузырная артерия.



Общий желчный проток (*ductus choledochus*) длиной 4-6 см, диаметром 0,5 – 0,7 см разделяется на супрадуоденальную, ретродуоденальную, интрапанкреатическую и трансдуоденальную части и впадает в двенадцатиперстную кишку вместе с протоком поджелудочной железы в участке большого дуоденального сосочка (*papilla duodeni major Vateri*) (рис. 8).

Рис 8. Анатомия желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Циркулярные мышечные волокна терминальных отрезков общей желчной и панкреатических протоков образуют мышечный жом (сфинктер *Oddi*), который представлен тремя мышечными группами: сфинктеры собственно желчного протока, протоки поджелудочной железы (Вестфалья) и ампулы – собственно сфинктер Одди (рис. 9).

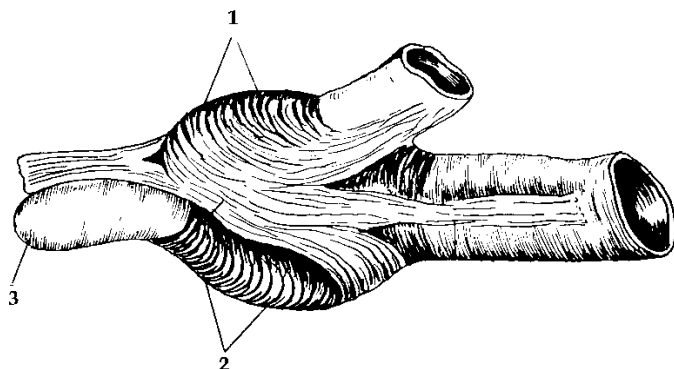


Рис. 9. Мышцы терминальной части общего желчного протока: 1 – сфинктер Вестфалья; 2 – сфинктер Одди; 3 – Фатеров сосочек.

В терминальном отрезке общего печеночного протока перед впадением протока желчного пузыря циркулярные мышечные волокна образуют сфинктер Мириizzi.

Таким образом, мышечно-сфинктерный аппарат наружных желчных путей представлен мышцей желчного пузыря и сфинктерами Люткенса, Мириizzi, Одди, согласованная работа которых обеспечивает нормальное желчеотделение.

Выделение желчи – достаточно сложный акт, который включает активную секрецию и фильтрацию гепатоцита, фильтрацию и реабсорбцию слизистой оболочкой желчного пузыря и выделения через внутренние и наружные желчные протоки в кишечник. На протяжении суток в среднем выделяется до 700-1000 мл желчи – биологической жидкости, в состав которой входит свыше 20 ингредиентов.

Важнейшим (с точки зрения желчнокаменной болезни) является холестерин, желчные кислоты, желчные пигменты, фосфолипиды и кальций. Желчь, как перенасыщенный раствор, хранит их в растворимом состоянии благодаря сложному коллоидному равновесию.

Печеночная желчь отличается от пузырной содержанием химических составляющих частей через активную роль желчного пузыря, в котором происходит в разной степени выраженная концентрация ее составляющих: белков – в 2-3 раза, холина, лецитина, желчных кислот – в 9-12, а желчных пигментов – еще больше. Следовательно, в желчном пузыре печеночная желчь концентрируется в 5-8 раз. Таким образом, он может вмещать до $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{5}$ количества выработанной за сутки желчи. Механизм выделения пузырной желчи в двенадцатиперстную кишку рефлекторный – рефлекс Мельтцера-

Лайона: раздражение рецепторов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки пищей вызывает расслабление сфинктеров Одди и Люткенса и почти одновременно энергичное сокращение мышцы желчного пузыря и сфинктера Мириззи. Давление в желчных путях вне пищеварения составляет 70-110 мм вод. ст., при выделении пузырной желчи в кишечник он достигает 140-300 мм вод. ст., градиент – 100-120 мм вод. ст. Даже умеренные препятствия транзита желчи предопределяют болевое ощущение, известное как печеночная (желчная) колика. Желчь необходима для изменения желудочного пищеварения на кишечное, эмульгирование жиров, стимуляции моторики кишечника, секреторной функции поджелудочной железы, активизации кишечного пищеварения, бактериостатического влияния на кишечную флору, обеспечение эффективного промежуточного обмена веществ и регуляции водно-электролитного баланса (табл. 1).

Таблица 1.

Функции желчного пузыря

<i>Функции желчного пузыря</i>	<i>Субстраты</i>
<i>Накопительная</i>	Желчь
<i>Концентрационная</i>	Всасывание воды
<i>Реабсорбция</i>	Аминокислоты, альбумин, неорганические вещества
<i>Сократительная</i>	Продвижение желчи по желчевыводящим путям
<i>Секреторная</i>	Слизь, ферменты, электролиты и др.
<i>Ферментативная</i>	Ускорение действия панкреатической липазы
<i>Гормональная</i>	Выделение антихолецистокинина
<i>Регуляторная</i>	Поддержание достаточного уровня компонентов желчи в период пищеварения

Хирургическая анатомия

Печень и желчевыводящие пути проектируются на нижнюю часть правой половины грудной клетки (от шестого ребра) и правое подреберье. После раскрытия передней брюшной стенки в правом подреберье для осмотра являются доступными нижняя часть передней поверхности, нижняя поверхность печени, желчный пузырь, ворота печени, печеночно-двенадцатиперстная, и печеночно-желудочная связки, антральный и пилорический отделы желудка, двенадцатиперстная кишка, печеночный угол и правая треть поперечно-ободочной кишки, часть большого сальника.

Печеночно-двенадцатиперстная и печеночно-желудочная связки образуют часть передней стенки отграниченной полости малого сальника, свободным входом в которую является отверстие, образованное спереди печеночный - двенадцатиперстной связкой, сзади – задним листком париетальной брюшины, сверху – нижней поверхностью печени, снизу – головкой и связками поджелудочной железы – *foramen epiploicum Winslovi*. Пальцевое обследование через отверстие Винслова дает возможность во время операции исследовать состояние общего желчного протока.

Печеночно-двенадцатиперстную связку (*lig.hepatoduodenale*) считают жизненно важным образованием, которое состоит (справа налево) из общего желчного протока, вены (несколько сзади), ворот, и собственно печеночной артерии (*ductus-vena-arteria* – “DVA”), покрытых висцеральной брюшиной. Пальцевой пережим этой связки используют для временной (не более 10-15 мин) остановки кровотечения при повреждениях печеночных сосудов.

Пузырный проток, стенка желчного пузыря, общий печеночный проток и пузырьная артерия образуют треугольник Калло (*Callot*) с острым углом в направлении к телу желчного пузыря. Эти топографические соотношения важно четко определить при выполнении холецистэктомии “от шейки”.

Этиология и патогенез

Различают холестериновые, пигментные и смешанные желчные конкременты. Все они могут быть кальцифицированными (рентгеноконтрастными) и некальцифицированными. По современным представлениям, образование желчных конкрементов является результатом комплексного взаимодействия ряда факторов, которые можно условно разделить на три основных группы: печеночные, желчного пузыря и кишечные.

Печеночные факторы. Пусковыми механизмами в последовательном и длительном процессе желчного литогенеза следует считать нарушение синтеза и выделения с желчью печеночными клетками холестерина, желчных кислот, фосфолипидов и неконъюгированного билирубина. В норме для содержания холестерина в растворимой форме на одну его молекулу необходимо 2 молекулы лецитина (фосфолипида) и 6 молекул желчных кислот. Интенсивность синтеза холестерина определяется активностью печеночной Гидроксиглютат-коэнзиму-А-редуктазы, интенсивность синтеза желчных кислот зависит от активности фермента холестерин-7-гидроксилазы. Нарушения количественного соотношения в желчи холестерина, желчных кислот и

фосфолипидов, как причина литогенеза, возможны в результате врожденных или приобретенных дефектов вышеуказанных ферментов. Первые определяют склонность к наследованию желчнокаменной болезни, вторые возникают вследствие перенесенных заболеваний печени различного генеза, неправильного питания, различных метаболических нарушений (ожирение, сахарный диабет), заболеваний (резекции) терминальных отделов тонкой кишки.

Желчепузырные факторы. Во-первых, нарушение количественного взаимоотношения между холестерином, фосфолипидами и желчными кислотами печеночного генеза может усиливаться повышенной проницаемостью воспаленной слизистой оболочки желчного пузыря для желчных кислот. Во-вторых, первичное или вторичное (в том числе и спровоцировано уже имеющимися конкрементами) воспаление слизистой оболочки желчного пузыря сопровождается десквамацией эпителия, гиперсекрецией мукоидных субстанций, что, в свою очередь, способствует образованию центров кристаллизации. В-третьих, наличие инфекции в желчном пузыре (проникает восходящим путем из кишечника или гематогенный или лимфогенный) вызывает деконъюгацию желчных кислот. Последние легко реабсорбируются путем пассивной диффузии слизистой оболочкой пузыря, также приводя к усилению литогенности. В-четвертых, застой пузырной желчи, что возникает в результате нарушения пассажа последней пузырем (отек, рубцовые изменения) или внепеченочные (дуоденостаз, вторичная гипотония желчного пузыря) протоки, тоже интенсифицирует литогенез.

Кишечные факторы. Избыточные нарушения абсорбции желчных кислот (свыше 20%) в результате различных заболеваний тонкой кишки (энтерита, энтероколита, терминального илеита Крона, резекции тонкой кишки) приводят к избыточным потерям желчных кислот, которые не могут компенсироваться печеночными клетками. Это тоже влечет повышение литогенности желчи. Кроме того, определенное значение для возникновения условий, которые способствуют образованию холестериновых конкрементов, имеют гиповитаминоз А, беременность, длительное принятие гормональных контрацептивов, нарушения эвакуаторной функции желчного пузыря нейрогенного или эндокринного генеза и тому подобное.

Классификация

В эволюции желчнокаменной болезни различают доклинический и клинический периоды. В первом имеют место или генетически предопределенные, или спровоцированные различными экзогенными

факторами дефекты в метаболизме холестерина, желчных кислот и фосфолипидов, которые влекут благоприятный фон для камнеобразования. Диагностика и лечение этих дефектов, к сожалению, еще не разработаны. Клинический период целесообразно разделить на три стадии: нарушение физико-химических свойств желчи, стадия образования желчных конкрементов (терапевтическая), хирургическая стадия.

Схема эволюции образования желчных конкрементов

Период доклинический		Период клинический	
1 стадию	1 стадию	2 стадия	3 стадия
Метаболическая	Физико-химическая	Формирование конкрементов	Хирургическая
Наличие дефекта в метаболизме холестерина, желчных кислот, фосфолипидов	Секреция печенью литогенной желчи	Конкременты обнаруживают при холецистографии или УЗИ	Выраженные клинические признаки: печеночные колики, блокирования желчевыводящих протоков
Холестерин-7-гидроксилаза, Гидроксиглютат-коэнзим-А-редуктаза	- Наличие кристаллов холестерина в пузырной желчи и дуоденальном содержимом	Конкременты в желчном пузыре мелкие, без осложнений	Конкременты в желчном пузыре, протоках, осложнения

Первые две является сугубо терапевтической проблемой. В хирургической стадии наблюдаются типичные клинические проявления желчнокаменной болезни, характер и выражение каких определяются локализацией и выражением конкрементов, наличием ассоциаций с инфекцией, возможным втяжением в процесс других органов.

Различают такие основные клинические варианты желчнокаменной болезни:

1. Камненошение.
2. Острый калькулезный холецистит.
3. Хронический калькулезный холецистит.
4. Внутривнутрипеченочный литиаз.
5. Холедохолитиаз.
6. Билиодигестивные свищи.

Камненошение

Как свидетельствуют сведения статистические данные, 15-25% лиц, которые имеют конкременты в желчном пузыре, не чувствуют никаких субъективных или объективных признаков заболевания – “Камне-носители”. Заболевания диагностируют случайно рентгенологически при УЗИ. Лечебная тактика у таких лиц определяется размером и количеством конкрементов, но большинство хирургов склоняются к хирургическому лечению.

Острый холецистит

Различают по происхождению острый холецистит:

- Калькулезный (95-99%);
- Бескаменный (1-5%):
 - а) инфекционный (бактериальный);
 - б) паразитарный;
 - в) сосудистый;
 - г) ферментативный.

Таким образом, в абсолютном большинстве случаев острый холецистит - это неспецифическое острое воспаление желчного пузыря, которое возникает в результате действия комплекса факторов, основной из которых является блокада пузырной протоки (чаще всего желчным конкрементом) и развитие инфекции (проникает восходящим путем из кишечника, нисходящим - из печени, гематогенный или лимфогенный).

Среди urgentных хирургических заболеваний органов брюшной полости острый холецистит, на сегодняшний день, занимает второе место после острого аппендицита. Послеоперационная летальность у лиц до 60 лет составляет 2-3%, от 60 до 70 лет – 6-7%, старше 70 лет – 25-30%.

Клиническая классификация острого холецистита:

1. Острый простой холецистит.
2. Острый деструктивный неосложненный местным отграниченным перитонитом.
3. Острый деструктивный осложненный холецистит:
 - а) желчным перитонитом (без видимой перфорации);
 - б) перфоративным желчным перитонитом;
 - в) паравезикальным инфильтратом;
 - г) паравезикальным абсцессом;
 - д) механической желтухой;
 - е) септическим холангитом;
 - ж) острым панкреатитом.

Многие хирурги острый деструктивный калькулезный холецистит классифицируют как острый обструктивный холецистит.

Патанатомическая классификация острого холецистита:

1. Катаральный холецистит.
2. Флегмонозный холецистит (острая эмпиема желчного пузыря).
3. Гангренозный холецистит:
 - а) без перфорации;
 - б) перфоративный с разлитым желчным перитонитом;
 - в) перфоративный с околопузырным абсцессом.

Клиническая симптоматика

Субъективные (функциональные) признаки острого холецистита:

1. Боль в правом подреберье – начинается остро или внезапно, выраженной интенсивности, сначала схваткообразная (желчная колика), потом постоянная, периодически усиливается, часто возникает после употребления жирного, жареного, иррадиирующая в большинстве случаев в правое надплечье, участок правой лопатки, правой поясницы, иногда распространяется в правый эпигастральный участок, параумбиликальный, временами, в левое подреберье – опоясывающий (при вовлечении в процесс поджелудочной железы), редко распространяется в область сердца (холецисто-кардиальный рефлекс С.П. Боткина) (рис. 10).

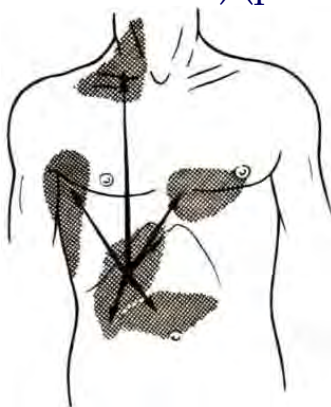


Рис. 10. Схема возможного распространения боли при остром холецистите.

2. Диспептический синдром: – тошнота – возникает по большей части вместе с болью, иногда предшествует ей, умеренной силы, постоянная; рвота – на высоте боли, выраженная, повторная, желудочным содержимым, часто с примесью желчи, не облегчает боли. Оба симптома рефлекторного характера. Часто наблюдают задержку газов и опорожнений.

3. Выражены общая слабость, дискомфорт, повышение температуры до 38⁰С и больше, которые прогрессируют с ростом длительности заболевания.

4. Подобные повторные болевые приступы в анамнезе.

Объективные признаки острого холецистита:

1. При осмотре – субиктеричность (иктеричность) склеры, кожи; сухой, обложенный язык; иногда в правом подреберье, и эпигастральном участке гиперпигментация кожи (частое пользование грелкой в прошлом); при печеночной (желчной) колике больной беспокойный, не находит места от боли, на стадии деструктивного холецистита лежит неподвижно, ограниченная дыхательная экскурсия правой половины грудной клетки в нижних отделах и передней брюшной стенки в правом подреберье и эпигастральной области.

2. Температура тела - до 38⁰С и больше, адекватная повышению температуры тела тахикардия.

3. Напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье и правой эпигастральной области.

4. Болезненность при глубокой пальпации в правом подреберье, точке Кера (пересечение внешнего края правой прямой мышцы живота с реберной дугой – точка желчного пузыря), зоне Шоффара (медиальная часть участка передней брюшной стенки в правом подреберье, отграниченная срединной линией горизонтально проведенной на уровне пупка, биссектрисами образованного ими прямого угла и медиальной половиной правой реберной дуги), при вовлечении, в процесс поджелудочной железы болезненность в проекции последней.



5. В правом подреберье пальпаторный определяют желчный пузырь (рис. 11).

Рис. 11. Вентродорсальная бимануальная пальпация желчного пузыря по Шоффару.

Известно пять клинических ситуаций, когда можно пропальпировать желчный пузырь:

а) острый холецистит – желчный пузырь увеличен, напряжен, болезненный, поверхность гладкая, прощупывается на фоне напряженной брюшной стенки в правом подреберье с положительными признаками раздражения брюшины; в ряде случаев можно пропальпировать воспалительный околопузырный инфильтративный конгломерат;

б) водянка желчного пузыря – увеличенный, напряженный, эластичный, поверхность гладкая, безболезненный, ограниченно

подвижный, на фоне неизменной передней брюшной стенки (мягкой), без признаков раздражения брюшины;

в) рак головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка или терминальной части общего желчного протока – желчный пузырь прощупывается с такими же характеристиками, как при водянке, только более эластичный и, обязательно, на фоне механической желтухи – положительный патогномонический симптом Курвуазье;

г) рак желчного пузыря – хрящеобразной плотности, с неровной (холмистой) поверхностью, почти безболезненный, иногда на фоне умеренной желтухи ;

д) желчный пузырь, переполненный конкрементами – прощупывается редко, плотный, с гладкой поверхностью, при мягкой передней брюшной стенке, без желтухи и признаков раздражения брюшины.

6. умеренный метеоризм, ослабленная перистальтика при аускультации живота.

7. положительные симптомы, характерные для патологии желчного пузыря:

- *а) симптом Захарьина* - боль при поколачивании кончиками пальцев по области проекции желчного пузыря (рис. 12 а);
- *б) симптом Образцова* - усиление боли при пальпации на вдохе (рис. 12 б);
- *в) симптом Ортнера* - боль при дозированном сравнительном постукивании по правой реберной дуге (рис. 12 в);
- *г) Симптом Василенко* - появление боли в точке проекции желчного пузыря при поколачивании по правой реберной дуге на вдохе (рис. 12 г);
- *д) Симптом Кера* – болезненность при глубокой пальпации в точке Кера (рис. 12 д);
- *е) симптом Мюсси-Георгиевского* - френикус-симптом (в связи с разветвлением правого диафрагмального нерва в перитонеальном покрове желчного пузыря) иррадиация боли (провоцируемая пальпацией или нет) с правого подреберья в правое надплечие с одной стороны и провоцируемая пальпацией боль в правой надключичной области между ножками правой кивательной мышцы (в зоне прохождения правого диафрагмального нерва) – с другого (рис. 12 е);

Приведенная клиническая характеристика свойственная острому деструктивному обтурационному холециститу, клинической форме, которая встречается чаще всего.

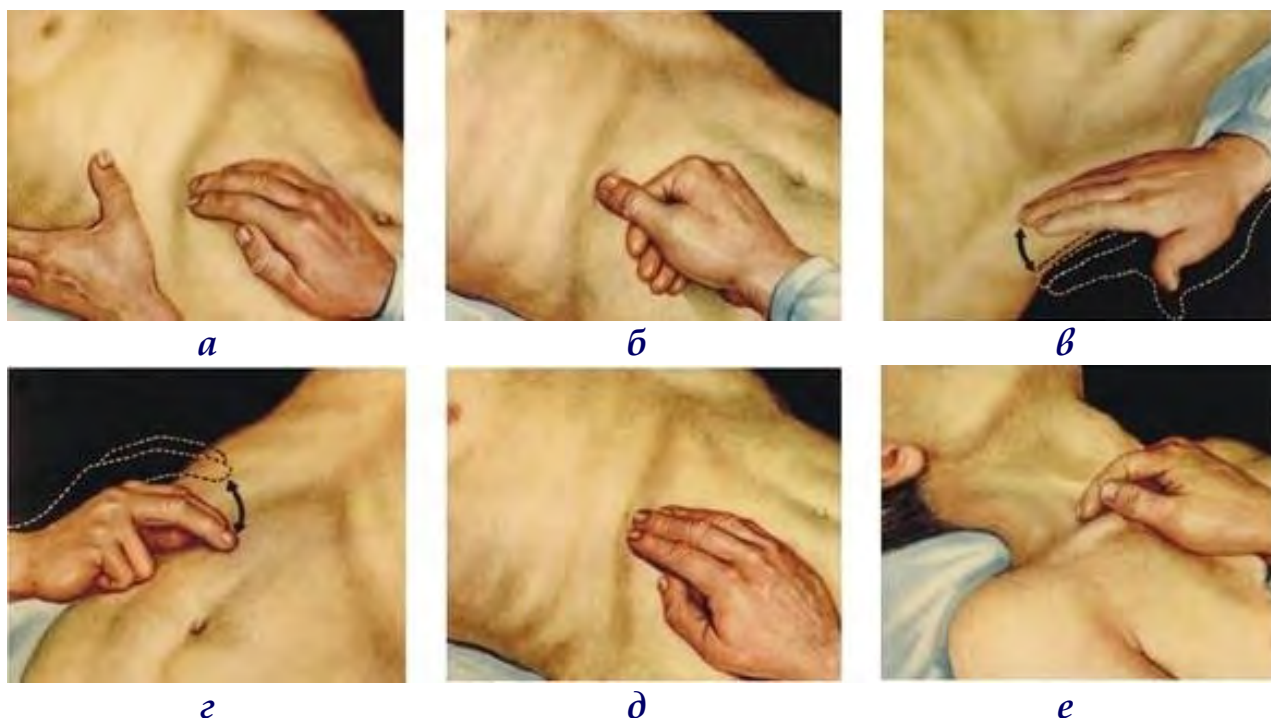


Рис. 12. Определение симптомов характерных для патологии желчного пузыря: а - симптом Захарьина; б - симптом Образцова; в - симптом Ортнера; г - Симптом Василенко; д - Симптом Кера; е - симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом).

Лабораторные и инструментальные методы диагностики

Для верификации диагноза острый холецистит в клинической практике используют: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови (билирубин, амилаза, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ), рентгенологическое исследование (обзорную рентгенографию правого подреберного участка, внутривенную холецистографию), ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и протоков, поджелудочной железы, лапароскопию:

а) общий анализ крови – наблюдают нейтрофильный лейкоцитоз ($8-10-15-18 \times 10^9$), выраженность которого прямо зависит от стадии воспалительного процесса в желчном пузыре, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до появления даже незрелых форм гранулоцитов и токсичной зернистости нейтрофилов, лимфопению, эозинопению, моноцитопению, возможное увеличение СОЭ;

б) общий анализ мочи – возможны умеренная протеинурия, гематурия (чаще выщелоченные эритроциты), пиурия, цилиндрuria как проявления интоксикации и гипостенурия как проявление нарушения концентрационной функции почек; при увлечении, в процесс поджелудочной железы характерная гиперамилазурия;

в) биохимические исследования крови – возможные гипербилирубинемия, в основном за счет прямого билирубина, увеличенное

количество мочевины, креатинина, гиперамилаземия, незначительное увеличение количества ферментов АЛТ, АСТ;

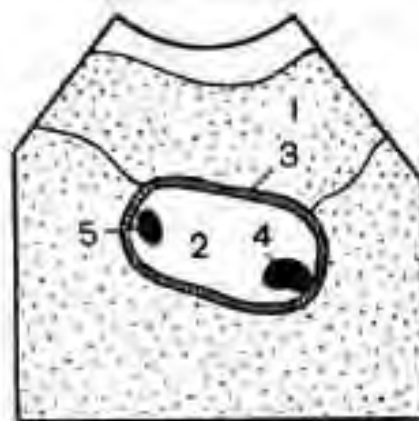
г) рентгенологическое исследование – на обзорной рентгенограмме правого подреберья возможные тени рентгеноконтрастных (кальцинированных) желчных конкрементов, на внутривенной холецистограмме отсутствующая тень желчного пузыря (негативная холецистограмма);

д) УЗИ – наиболее полная и непосредственная информация для верификации диагноза – увеличенный, заблокированный желчный пузырь с утолщенными стенками и желчными конкрементами в просвете с точной количественной характеристикой размеров пузыря, его стенки, протока, конкрементов, общего желчного протока и качественной характеристикой выражения воспалительных изменений в околопузырном пространстве (рис. 13, рис. 14).

е) лапароскопия – визуальные морфологические признаки острого холецистита (наличие экссудата, гиперемия, воспалительная инфильтрация, фибриновые наложения и тому подобное рис 15).



а



б

Рис. 13. УЗИ при остром калькулезном обтурационном холецистите. А. Эхограмма Б. Схема: 1 Печень. 2 Желчный пузырь. 3 Толстая зажатая стенка пузыря. 4-5. Конкременты.



а

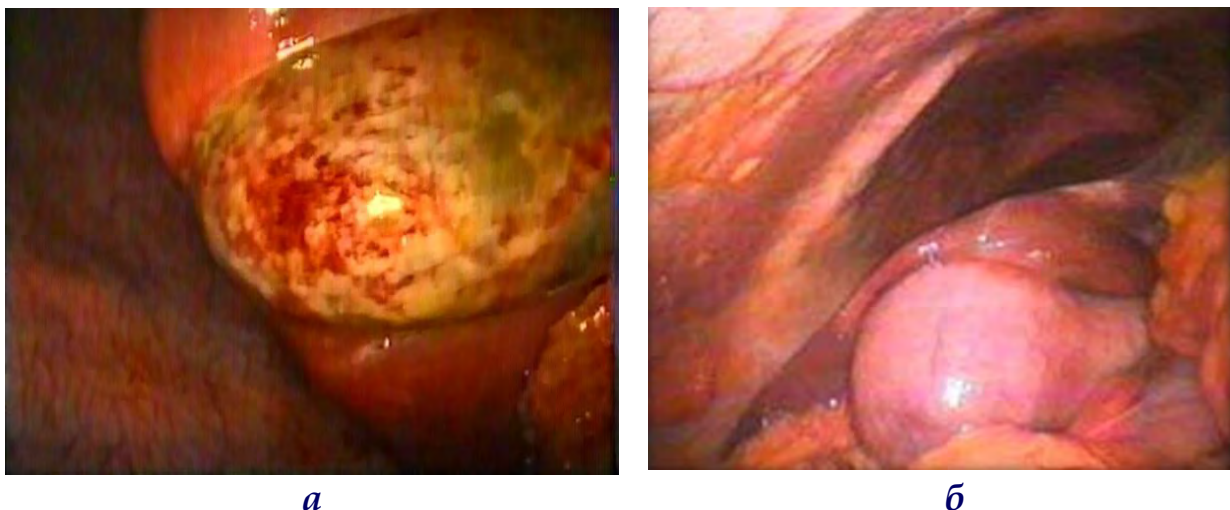


б



в

Рис. 14. Ультразвуковое исследования: а - острый катаральный холецистит; б - острый флегмонозный холецистит; в - острый гангренозный холецистит



а

б

Рис. 15. Лапароскопия. *а* – острый холецистит; *б* – хронический холецистит.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику при остром холецистите чаще всего проводят с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (прободной язвой, острым аппендицитом, острой кишечной непроходимостью), правосторонней базальной плевропневмонией, инфарктом миокарда (холецистокардиальным синдромом), осложненной мочекаменной болезнью.

Дифференциальная диагностика острого холецистита

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.

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 иррадиируют 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, проявляющееся «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 почку 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.

Решающими для верификации диагноза являются УЗИ печени и желчных путей, обзорная рентгенография органов брюшной полости, внутривенная холецистохолангиография, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ.

Лечебная тактика и выбор метода лечения

Консервативное лечение показано больным острым простым холециститом, его проводят в хирургическом стационаре. Оно включает: постельный режим, голод, желудочную декомпрессию с помощью назогастрального зонда, холод на правое подреберье, паранефральную блокаду или блокаду круглой связки печени 0,5% раствором новокаина с антибиотиками, анальгетики (кроме морфина, который вызывает спазм сфинктера Одди), спазмолитики, антибактериальную терапию, парентеральную, инфузионную дезинтоксикационную терапию. При положительном результате комплексное лечение продолжают 3-5 суток с последующим адекватным постепенным прекращением до полному выздоровлению. Отсутствие положительного результата консервативного лечения на протяжении 12-24 часа свидетельствует о том, что воспалительный процесс в желчном пузыре прогрессирует в деструктивную стадию.

Оперативное лечение показано больным острым деструктивным холециститом и деструктивным осложненным холециститом.

Приведенный выше комплекс консервативного лечения используют в качестве предоперационной подготовки.

Операции можно выполнять как традиционным способом, так и лапароскопически (рис. 16). В большинстве больных выполняют холецистэктомию (обычную или расширенную холедохотомию в ассоциации с разными вариантами дренирования внешних желчных путей) – радикальную операцию.

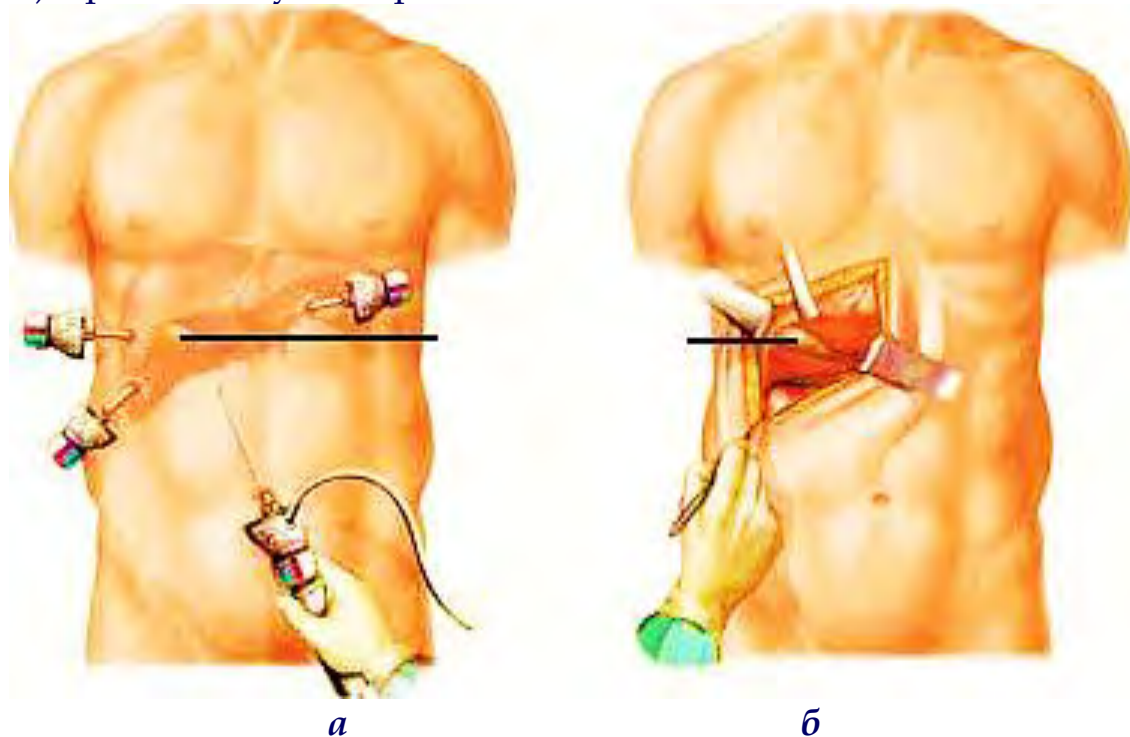


Рис. 16. Доступ к желчному пузырю.

а – лапароскопически; б – лапаротомный (традиционный).

У больных преклонных лет, в которых имеющиеся сопутствующие заболевания жизненно важных органов в стадии декомпенсации, что определяют слишком высокий риск вмешательства, выполняют холецистостомию – паллиативную операцию как первый этап оперативного лечения (рис. 17). В последующем, при возможности и при необходимости, выполняют радикальную операцию.

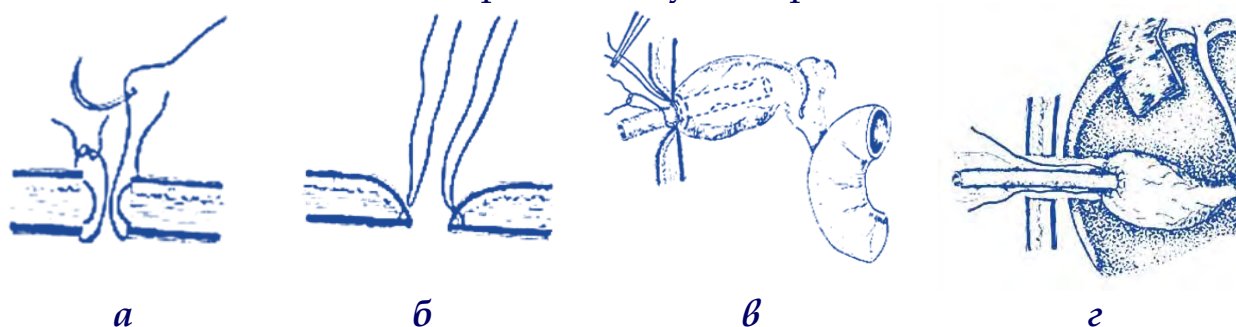


Рис. 17. Схема операции холецистостомии. а, б. кожно-апоневротический швы; в, г. варианты холецистостомии.

В послеоперационный период необходимо продолжать приведенную выше консервативную терапию, дополненную 2-3 - разовым суточным парентеральным питанием и симптоматическим лечением.

Радикальные операции проводят под эндотрахеальным наркозом, паллиативную – под местной анестезией или внутривенным наркозом. Особенности операционной хирургической тактики приведены ниже (рис. 29, 30).

Лечебная тактика у больных перфоративным желчным перитонитом, механической желтухой, холецистопанкреатитом определяется в зависимости от стадии и распространения процесса. Ее характеристика приведена в соответствующих разделах.

Хронический калькулезный холецистит

Хронический калькулезный холецистит – полиморфное заболевание, клиническая характеристика которого определяется не столько наличием конкрементов в желчном пузыре (рис. 18), сколько нарушениями его моторно-эвакуаторной функции, функции слизистой оболочки, дистрофическими изменениями всех слоев стенки.

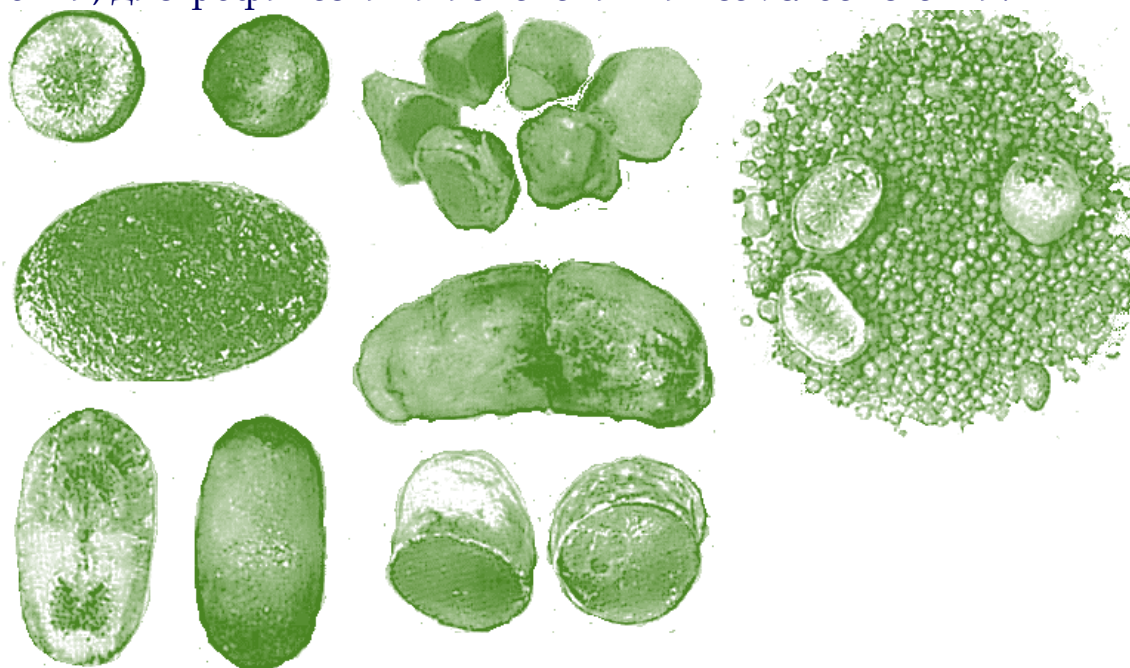


Рис. 18. Варианты содержимого желчного пузыря при хроническом холецистите (солитарные и множественные конкременты).

Классификация

1. Неосложненный хронический калькулезный холецистит.

2. Осложненный:

- водянкой желчного пузыря;
- хронической эмпиемой желчного пузыря;

- рубцовым стенозом выводного протока желчного пузыря - стенозирующим циститом;
- пузырно-протоковым (билиобилиарным) свищом;
- пузырно-кишечным (билиодигестивным) свищем;
- раком желчного пузыря.

Неосложненный хронический калькулезный холецистит клинически проявляется двумя формами: диспептической (приблизительно $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{3}$ случая) и формой, которая сопровождается болевым синдромом ($\frac{4}{5}$ - $\frac{2}{3}$ случая).

Диспептическая форма. Больные жалуются на чувство тяжести, полноты в эпигастральной области, отрыжку воздухом, непереносимость жирной, жареной пищи, запоры, которые временами сменяются поносом, метеоризм. Эти признаки билиарной диспепсии проявляются через 1-3 часа после употребления пищи, продолжаются 2-3 часа, наблюдаются неделями, могут чередоваться с периодами стихания, иногда сопровождаться давящей болью в правом верхнем квадранте живота. Объективная картина при этой форме “бедная”: умеренно обложенный белым налетом язык, умеренная боль при глубокой пальпации в правом подреберье.

Болевая форма. Основной признак – повторные приступы печеночной (желчной) колики. Приступ печеночной колики возникает обычно вечером или среди ночи, как правило после сытного “жирного” ужина, внезапно, продолжается 2-6 часа, прекращается самовольно или после принятия или инъекции спазмолитика. Печеночная колика развивается в результате неэффективных попыток желчного пузыря (сокращений *m. detrussor vesicae fellaе*) протолкнуть конкремент через выводной проток и прекращается, когда конкремент проходит в общий желчный проток или возвращается назад в тело или карман Гартмана желчного пузыря.

Кроме “драматической” боли, которая проявляется печеночной коликой, при хроническом калькулезном холецистите возможна умеренная сжимающая боль в эпигастральной области, под правой реберной дугой, которая возникает после нарушения диеты, физического или психического напряжения, среди ночи или в позднюю послеобеденную пору, продолжается от нескольких минут до получаса, самопроизвольно проходит. Это и есть, в сущности, abortивная форма печеночной колики.

При объективном исследовании, кроме признаков, которые определяются при диспептической форме, можно пропальпировать в правом подреберье увеличен, напряжен, гладкий, несколько

болезненный желчный пузырь на фоне незначительной резистентности брюшных мышц.

Водянка (эмпиема) желчного пузыря

Обтурация конкрементами выводного протока желчного пузыря при отсутствии (или слабовирулентной) инфекции приводит к образованию водянки желчного пузыря. Желчь в полости пузыря изменяется, желчные пигменты всасываются слизистой оболочкой, бактерии погибают, функция слизистой трансформируется, и она начинает продуцировать прозрачный секрет, беловатый. Содержимое пузыря становится асептическим, сам пузырь увеличивается в размерах, стенка растягивается, истончается, слизистая и мышечная оболочки гипотрофируются, склерозируются. Клинически общее состояние больного остается без изменений, он жалуется на чувство инородного тела в правом подреберье, редко - незначительная тупая боль. При пальпации определяют гладкое, овальное, эластичное, часто ограничено подвижное, напряжено, безболезненное опухолевидное образование (желчный пузырь) на фоне мягкой брюшной стенки. Диагноз верифицируют с помощью дуоденального зондирования (отсутствие пузырной порции) и УЗИ.

Если блокада желчного пузыря сразу же сопровождается активизацией инфекции, то развивается острый обтурационный холецистит. Активизация инфекции или дополнительное инфицирование (гемато- или лимфогенный) при уже сформированной водянке приводит к возникновению хронической эмпиемы желчного пузыря. Клинически она характеризуется постепенным появлением постоянной прогрессирующей боли в правом подреберье и интермиттирующей лихорадки. При пальпации желчный пузырь становится болезненным с признаками перифокального воспаления. При водянке желчного пузыря угроза превращения ее в эмпиему является постоянной.

Стенозирующий цистит клинически характеризуется частыми приступами печеночной колики на фоне постоянной тупой боли в правом подреберье, диспептического синдрома, что патогенетически предопределяет постоянную внутрипузырную гипертензию.

Рак желчного пузыря. Постоянную, долговременную механическую травму слизистой оболочки желчного пузыря в ассоциации с хроническим инфекционным процессом можно считать обстоятельствами, которые порождают метаплазию эпителия слизистой оболочки, малигнизацию и возникновение рака желчного пузыря.

Внутрипеченочный литиаз

Возникает примерно в 1-3% больных желчнокаменной болезнью. В большинстве случаев он вторичный, возникает в результате миграции конкрементов из желчного пузыря, общего желчного протока при протоковой желчной гипертензии. Первичный внутрипеченочный литиаз возникает редко. Достоверными причинами его считают выраженную печеночную дисхолию, инфекцию желчных путей (холестериновые конкременты), гемолитические желтухи (пигментные конкременты).

Клинически внутрипеченочный литиаз может перебегать латентно, иногда с редкими абортивными печеночными коликами, вспышками холангита и механической желтухи, а при агрессивном длительном течении – с развитием холангитического билиарного цирроза печени. Верифицировать диагноз дает возможность УЗИ.

Холедохолитиаз

Возникает у 10-25 % больных желчнокаменной болезнью. В большинстве случаев конкременты попадают в общий желчный проток из желчного пузыря (или через проток, или через холецистохоледохальный свищ), редко первично формируются в холедохе в результате длительной внутрипротоковой желчной гипертензии, по большей части на основе стенозирующего папиллита, иногда мигрируют из печени при первичном внутрипеченочном литиазе (рис. 19).



Рис. 19. Холедохолитиаз.

Возможные такие клинические варианты течения холедохолитиаза:

- латентный (“немой”);
- с вентильным конкрементом, стенозирующим папиллитом - периодические бессистемные вспышки механической желтухи и холангита;
- с полной блокадой холедоха – прогрессирующая механическая желтуха с или без холангита; с полной блокадой терминального холедоха на уровне ампулы большого дуоденального сосочка - прогрессирующая механическая желтуха и панкреатит;
- стенозирующий папиллит на основе холедохолитиаза в анамнезе;
- с холедохо-кишечным свищем.

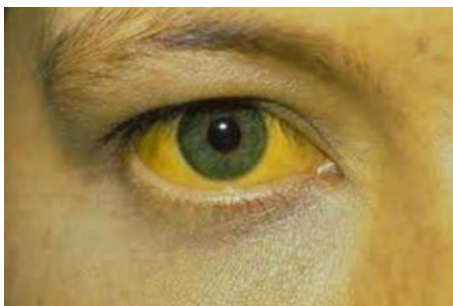


Рис. 20. Желтушность склер при холедохолитиазе.

Следовательно, основными клиническими синдромами холедохолитиаза является механическая желтуха и холангит.

Известная характерная *триада холедохолитиаза Вилляра*: – печеночная колика, лихорадка, желтуха (рис. 20).

Для верификации диагноза холедохолитиаза решающее значение имеют результаты рентгенологических (обзорная рентгенография, ретроградная холангиография (рис. 21), чрескожная чреспеченочная холангиография, компьютерная томография) и ультразвукового исследований (рис. 22).

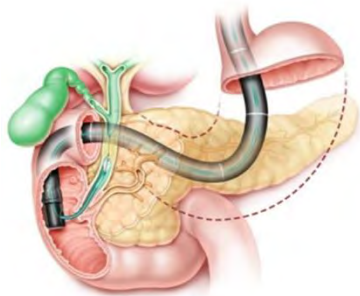


Рис. 21. Ретроградная холангиография (схема).



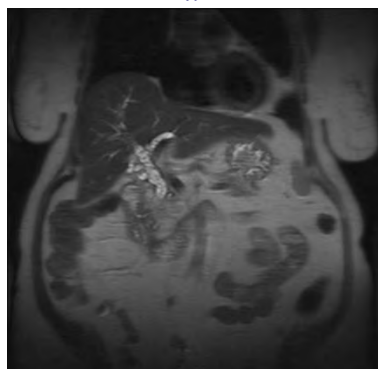
а



б



в



г

Рис. 22. Инструментальная диагностика холедохолитиаза. а – сонография; б – компьютерная томография; в – экскреторная холеграфия; г – магнито-резонансная томография.

Дифференциальная диагностика желтух различного генеза показана в таблице 2.

Таблица 2.

Дифференциальная диагностика желтух различного генеза

Признаки и метод исследования	Паренхиматозная	Гемолитическая	Обтурационная	
			Обушление	Калькулезная
Пол, возраст	Чаще всего до 40 лет	Чаще всего до 50 лет, нередко у детей	Преимущественно после 40 лет, чаще всего у мужчин	Чаще всего у женщин старшего возраста
Ранние признаки	Головная и боль в суставах, катаральные явления	Общая слабость, анемия	Утомляемость, общая слабость, потеря аппетита, потеря массы тела	Приступообразная боль
Развитие болезни	На протяжении 3-5 недель, циклическое	Проявления желтухи в раннем возрасте	Постепенно прогрессирующее	Острое с болями приступами
Боль	Тяжесть в правом подреберье	-	Умеренная, постоянная или отс-ет. Тяжесть в правом подреберье	Печеночные колики
Зуд кожи	Не длительный, на высоте желтухи	-	Постоянный, изнурительный, врем-и появ-ся еще перед желтухой	Наинтенсивный, непостоянный
Развитие желтухи	Быстрое, скорое	Медленное, субхтеричность	Медленное, постоянно прогрессирующее	Острое, после приступа, иногда интермиттирующее
Температура тела	Субфебрильная	Нормальная	Нормальная, субфебрильная	Высокая, временами гектическая
Цвет кожи	Желто-лимонный	Бледно-желтый	Желто-зеленый, до бурого	Желтый
Печень	Умеренно увеличенная, неплотная, чувствительная	Незначительно увеличенная	Увеличенная, плотная	Не всегда умеренно увеличенная
Желчный пузырь	-	-	Пальпируется, безболезненный (симптом Курвуазье)	Часто не пальпируется
Селезенка	Увеличенная	Увеличенная	-	-
Асцит	-	-	Может возникать	-
Гипотоническая дуоденография	-	-	Прямые и косвенные признаки опухоли	-
Дуоденоскопия	-	-	Признаки опухоли	-
Лапароскопия	Печень красная, желчный пузырь нормальный	Печень желто-зеленая	Печень буро-зеленая, желчный пузырь увеличен	Печень несколько увеличена, желчный пузырь воспален
Анализ крови	Лейкопения, лимфоцитоз	Анемия, лимфоцитоз, ув. СОЭ, повышенный гемолит	Умеренная анемия, увеличенна СОЭ	Лейкоцитоз
Гипербилирубинемия	Умеренная, за счет непрямого билирубина	Умеренная, преим-но за счет непрямого билирубина	Выраженная за счет непрямого билирубина	Выраженная за счет непрямого билирубина
Алкоголтрансферазы	Резко повышенные	Норма	Норма, умеренно повышенные	Норма, умеренно повышенные
Щелочные фосфатазы	Норма, незначительно повышенные	Норма, незначительно повышенные	Повышенные	Повышенные
Специальные тесты	-	Реакция Кумбса	-	-
Моча	Уробилинурия	-	Билирубинурия	Билирубинурия
Кал	Гипохолитный	Гиперхолитный	Ахолитный	Ахолитный
УЗИ	Увеличены печень и селезенка	Увеличены печень и селезенка	Увеличены печень и желчный пузырь, есть опухоль	Желчные конкременты в пузыре и протоках

Холангит



Рис. 23. Триада Charcot.

Холангит, или острое воспаление желчных протоков, впервые был выделен J.M. Charkot в 1877 г. в виде триады клинических признаков: озноб с лихорадкой, желтуха и боль в правом подреберье. (рис. 23). В 1959 г. В.М. Reinolds и E.L Dargan охарактеризовали острый обтурационный холангит как отдельный клинический синдром, который требует немедленной декомпрессии желчных протоков. Они добавили к триаде Charcot еще ряд симптомов: помутнение сознания, шок и летаргию.

Холангит - синдром, характеризующий неспецифический воспалительный процесс с поражением вне- и/или внутрипеченочных желчных протоков.

Наиболее частая причина заболевания - конкременты в желчных протоках. Кроме того, среди этиологических факторов выделяют ятрогении (инвазивные методы обследования и лечения), паразитарные инвазии, кисты общего желчного протока, инородные тела, синдром или болезнь Кароли (врожденные кисты исключительно во внутрипеченочных желчных протоках с тенденцией к слиянию с образованием больших полостей), карциному, чаще внепеченочной локализации, рак головки поджелудочной железы. В настоящее время не исключается возможность развития паразитарного холангита в результате аскаридоза, клонорхоза, описторхоза, фасциолеза.

Условием возникновения холангита является застой желчи и наличие инфекции. Существует множество причин, препятствующих оттоку желчи. Обтурация желчных протоков, будучи результатом первичного патологического процесса, способствует возникновению желчной гипертензии, изменению физико-химических свойств желчи, что служит предпосылкой для ее инфицирования. Наиболее распространенные причины обструкции путей желчеоттока - холедохолитиаз, доброкачественные стриктуры желчных протоков, заболевания двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, кисты холедоха, болезнь Кароли, дискинезия сфинктера Одди, синдром культи пузырного протока, инвазии *Clonorchissinensis*, *Fasciolahepatica*,

Opisthorchis felis и др. К холангиту могут predisposing заброс содержимого тонкой кишки в желчевыводящие пути, осложнения после реконструктивных операций на желчных протоках.

Существует несколько путей внедрения инфекции в желчные протоки. Чаще патогенные возбудители попадают в билиарную систему энтерогенным, гематогенным, лимфогенным путями. Возбудителями, приводящими к развитию холангитов, являются микроорганизмы кишечной микрофлоры, встречающиеся в ассоциациях. Наиболее часто холангиты имеют бактериальную природу, среди возбудителей обнаруживаются представители семейства энтеробактерий (*E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Serratia spp.*, *Proteus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Acinetobacter spp.*), грамположительные микроорганизмы (*Streptococcus*, *Enterococcus*), неспорообразующие анаэробы (*Bacteroides spp.*, *Clostridium spp.*, *фузобактерии*, *Pseudomonas spp.*, и др.).

Бактериальный холангит имеет тенденцию к восходящему течению и распространению на внутрипеченочные протоки. При тяжелом течении заболевания может наблюдаться развитие эмпиемы желчного пузыря, гепатита, абсцессов печени, септицемии, пилефлебита, поддиафрагмального абсцесса, перитонита, рубцово-воспалительного стенозирования крупных желчных протоков.

Классификация холангитов. Топически различают холангит или ангиохолит - поражение крупных внутри- и внепеченочных желчных протоков; холедохит - поражение общего желчного протока; папиллит - поражение области фатерова соска. Выделяют асептические и вызванные инфекционными факторами холангиты. К асептическим холангитам относятся аутоиммунные при первичном билиарном циррозе, аутоиммунные холангиопатии, склерозирующие (первичный и вторичный склерозирующий) формы. По клинической картине выделяют острые, хронические, стенозирующие и септические холангиты. Холангит, вызванный инфекционными агентами, бывает острым обструктивным, рецидивирующим, бактериальным, вторичным склерозирующим.

Особенности клинических проявлений. Острый холангит возникает как осложнение холедохолитиаза при тотальной или субтотальной обструкции желчного протока, реже он развивается как осложнение холангиографии или после эндопротезирования холедоха, проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии. Клиническая симптоматика острого холангита включает недомогание, желтуху, боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, предплечье, лопатку, перемежающуюся лихорадку с ознобами и обильным потом, тошнотой,

рвотой, спутанность сознания, артериальную гипотензию (инфекционно-токсический шок), составляющие так называемую *пентаду Рейнольдса*. Больных часто развиваются тромбоцитопения как проявление внутрисосудистой коагулопатии, признаки печечно-клеточной недостаточности.

Острый рецидивирующий холангит характеризуется менее тяжелым течением и возникает на фоне желчнокаменной болезни, болезни Кароли. Рецидивирующему холангиту присуща *триада Шарко*. В ряде случаев у больных наблюдаются неопределенные диспепсические расстройства без лихорадки, желтухи, болевого синдрома. В промежутках между обострениями, при отсутствии заболевания печени, симптомы холангита могут отсутствовать или проявляться легкой билиарной диспепсией. Желтуха при холангите может иметь комбинированный характер, обычно она механическая, обусловлена препятствием оттоку желчи. В случаях сопутствующего поражения печени присоединяются признаки паренхиматозной желтухи. Иногда заболевание начинается подобно сепсису: с перемежающимися лихорадкой и ознобами. Тяжелые формы заболевания сопровождаются развитием сепсиса, осложняющегося септическим шоком, олигурией и почечной недостаточностью.

Периодичность лихорадки, характер течения заболевания при бактериальном холангите зависят от возбудителя и степени обтурации желчных протоков. Особенно тяжело протекают пневмококковые холангиты, которые, как правило, осложняются развитием абсцессов печени. Уменьшение желчной гипертензии приводит к исчезновению клинических проявлений. Во время обострения заболевания печень увеличивается в размерах вследствие перерастяжения печечной капсулы, становится болезненной при пальпации. Край печени обычно имеет гладкую поверхность. Следует отметить, что, поскольку ведущим звеном в патогенезе холангита является временная обтурация желчных протоков, механическая желтуха имеет переменный характер и зависит, аналогично температуре, от степени обтурации желчных путей. Клинические проявления холангита при хроническом течении могут характеризоваться чувством давления или тупыми болями в правом подреберье, слабостью, быстрой утомляемостью, нередко легкой желтушностью видимых слизистых оболочек, кожи, зудом кожи. Частым симптомом являются длительные периоды немотивированного субфебрилитета, сопровождающегося ознобом. Особенности течения заболевания у пожилых людей - выраженный астенический синдром, спутанность сознания при отсутствии лихорадки и болей. В постановке

диагноза, наряду с описанной клинической картиной, помогают лабораторные и инструментальные методы исследования.

Особенности диагностики. В клиническом анализе крови определяется нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ. Биохимическое исследование показывает повышение уровня билирубина, триглицеридов, активности щелочной фосфатазы, АсАТ, АлАТ, снижение содержания общего белка и альбуминов, относительное повышение количества ξ -глобулинов. Целесообразны исследования активности амилазы, липазы, трипсина и его ингибиторов, а также крови на стерильность. В общем анализе мочи наблюдается повышение уровня уробилина, желчных пигментов. Дуоденальное фракционное зондирование с бактериологическим исследованием порций В, С и определение чувствительности к антибиотикам дуоденального содержимого, УЗИ брюшной полости дают достоверную информацию о характере имеющихся нарушений. При УЗИ выявляются признаки билиарной гипертензии, расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, признаки поражения поджелудочной железы, ставшего причиной развития холангита. Эхографически при холангитах протоки неравномерно линейно расширены, стенки гомогенно утолщены, слабоэхогенны (отечны). В процессе эффективного лечения происходит сужение их просвета, утончение стенки до полного слияния с паренхимой печени.

В ряде случаев, по данным эхографии, диаметр желчных протоков может не меняться, что требует проведения компьютерной томографии. Целесообразно проведение внутривенной холангиографии или эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, с помощью которых можно выявить расширение желчных протоков. При невозможности проведения этих исследований выполняется чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ).

При установлении диагноза «холангит» целесообразно выяснить, протекает ли он изолированно или в сочетании с поражением желчного пузыря, печени, поджелудочной железы и др. Как уже указывалось, во многих случаях холангит является сопутствующим заболеванием. Важно также выявить ведущий этиологический фактор и взаимосвязь данного процесса с наличием конкрементов в желчном пузыре и желчных протоках.

При дифференциальной диагностике необходимо иметь в виду такие заболевания, как малярия, пиелонефрит, паранефрит, поддиафрагмальный абсцесс, сепсис, лимфогранулематоз, инфекционный эндокардит.

Особенности лечения. Лечение холангита в первую очередь должно быть направлено на ликвидацию застоя желчи и борьбу с инфекцией.

При остром обструктивном холангите целесообразно использовать антибиотики широкого спектра для воздействия на семейство энтеробактерий и анаэробов. В настоящее время не существует единого строго отработанного подхода по применению антибактериальных препаратов при восходящих холангитах.

Наиболее часто используются пенициллины

ампициллин обладает бактерицидным эффектом в отношении *E. coli*

ампициллин с сульбактамом воздействуют на продуцирующие пенициллиназу штаммы стафилококков, *Bacteroides u Klebsiella spp*

уреидопенициллин (мезлоциллин) эффективен в отношении энтерококков

аминогликозиды оказывают бактерицидное действие на бактерии семейства энтеробактерий.

цефалоспорины, антибиотики широкого спектра действия, оказывают бактерицидное действие, быстро накапливаются в очагах воспаления. Из препаратов данной группы преимущественно с желчью экскретируются цефтриаксон и цефоперазон.

Препаратами выбора при лечении тяжелых холангитов, вызванных микроорганизмами, устойчивыми к большинству антибактериальных средств, являются **фторхинолоны**.

При тяжелом течении холангита рекомендуется уреидопенициллин / пиперациллин по 3-4 г 4-6 раз в сутки в/в или мезлоциллин по 3 г через 4 ч в/в в комбинации с метронидазолом в дозе 0,5 г через 8 ч в/в. Вместо метронидазола может быть использован амикацин по 0,5 г через 12 ч в/в.

Целесообразна схема, включающая аминогликозид (амикацин по 0,5 г через 12 ч в/в в сочетании с ампициллином по 1,0 г через 6 ч внутримышечно и метронидазолом по 0,5 г через 8 ч в/в).

Эффективно применение цефалоспоринов третьего поколения - цефтриаксон 1-2 г однократно в/в или цефокситин 2 г через 4 ч в/в в сочетании с метронидазолом по 0,5 г через 8 ч в/в или клиндамицином по 0,15-0,45 г через 6 ч в/в. Клиндамицин можно заменить аминогликозидом амикацином по 0,5 г через 12 ч в/в.

При нетяжелом процессе возможно использование антибиотиков в виде монотерапии пиперациллин/тазобактам по 4,5 г через 8 ч в/в, ампициллин/сульбактам по 1,5-5 г через 6 ч в/в, цефалоспорины

третьего-четвертого поколений (цефтриаксон по 1-2 г в сутки или по 0,5-1 г через 12 ч в/в).

Антибиотиками резерва являются *карбапенемы* (имипенем-циластатин по 0,5 г через 6 ч в/в или меропенем по 1 г через 8 ч в/в). Указанные препараты используются как эмпирическая терапия у больных, находящихся в критическом состоянии при наличии *E.coli*, *Acinetobacter* spp, *P. aeruginosa*.

Фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, мефлоксацин) и пользуются при выделении штаммов, резистентных к большинству антибиотиков или при их непереносимости, в дозе 0,2-0,4 г через 12 ч в/в.

Высокой антибактериальной чувствительностью обладают *нитрофурановые соединения*, в первую очередь фуразолин, фуразолидон, фурадонин (0,1 г 4 раза в день во время еды).

В ряде случаев эффективны производные **5-оксихинолина** (5-НОК, нитроксолин) Нитроксолин назначают по 0,1 г 4 раза в день во время еды в течение 3 нед.

При полной нечувствительности микрофлоры ко всем антибиотикам или их непереносимости назначают сульфаниламиды этазол, фталазол, сульфадиметоксин в течение 1 нед.

В случае эффективного лечения улучшение состояния наступает уже через 6-12 ч. Длительность антибактериальной терапии составляет 14-21 день. Клиническая результативность используемой схемы (даже эмпирической) или отдельного препарата указывает на целесообразность ее применения в течение всего периода лечения. При сохранении лихорадки необходима ревизия дренажа на его проходимость, а также исключение возможности развития осложнений.

Больным холангитом целесообразно проводить дезинтоксикационную терапию по общепризнанным правилам лечения септического состояния.

Лечение **паразитарного холангита** предполагает назначение специфических антигельминтных средств на фоне соблюдения постельного режима, проведения инфузионной терапии, эндоскопической декомпрессии желчных протоков, антибактериальной терапии.

при аскаридозе применяют гельмекс по 10 мг/кг в сутки однократно, или вермокс 100 мг 2 раза в сутки в течение 3 дней, или левамизол по 150 мг однократно,

клонархоз и описторхоз поддаются терапии билитрицидом в дозе 25 мг/кг 3 раза в сутки в течение 1-3 дней,

при фасциолезе проводят 2-недельный курс битионала в дозе 1 г 3 раза в сутки

Больным первичным склерозирующим холангитом целесообразно проводить симптоматическую терапию нарушений пищеварения препаратами ферментов (креон,панкреофлат, мезимфорте и т п).

Тяжелый холангит является показанием к неотложной ЭРХПГ, обладающей преимуществом перед экстренной операцией.

Основными методами физиотерапевтического лечения холангита являются пресные и хлоридно-натриевые ванны и грязелечение на область правого подреберья в сочетании с приемом внутрь антибиотиков, выделяющихся через желчь, и витаминов группы В в течение 7-10 дней. Хороший эффект отмечается при применении гальваногрязи на область правого подреберья, а также грязеиндуктотермии на область правого подреберья. При этом необходимо помнить, что перед физиолечением обязательно проведение антибактериального лечения, направленного на подавление инфекции в желчных ходах, а также стимулирующего отток желчи.

Билидигестивные свищи

Билидигестивные свищи– патологические соединения между желчными путями (чаще всего желчным пузырем) и соседними отделами желудочно-кишечного тракта, которые возникают в 95-99% на основе холедохолитиаза. Под давлением чаще, чем большой желчный конкремент, образуются пролежень и некроз стенки желчного пузыря, который постепенно переходит на адгезированную до последней стенки полого органа, образуя патологическое соединение – билидигестивный свищ. В 50-60% случаев свищи возникают между желчным пузырем и поперечно-ободочной кишкой, иногда наблюдают холецисто-желудочные, холецисто-еюнальные, очень редко холедохо-дуоденальные, холедохо-колические.

Клинически билидигестивные свищи проявляются хроническим, иногда длительным и упорно прогрессирующим восходящим холангитом, холангиогепатитом, циррозом печени, временами, в ассоциации с признаками энтероколита. Выпадая через свищ в просвет желудочно-кишечного тракта, желчный конкремент может повлечь возникновение острой обтурационной кишечной непроходимости.

Верификация билидигестивного свища возможна на основании выявления :

- аерохолии (воздух во внепеченочных желчных путях) с помощью обзорной рентгенографии или УЗД;
- контрастирование желчных путей при контрастном рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта.

Синдром Мириззи

Синдром Мириззи - клинический синдром, включающий холецистит и желтуху, который развивается при заклинивании камня в пузырном протоке (рис. 24).



Рис. 24. Синдром Мириззи.

В результате возникшего воспаления происходит сдавление и нарушение проходимости общего печеночного или общего желчного протоков. Нарушение проходимости желчных протоков приводит в дальнейшем к развитию холангита. Стеноз желчного протока может имитировать клинические проявления стриктуры, обусловленной злокачественной опухолью.

Острый холецистит часто сочетается с незначительными изменениями функциональных печеночных проб, но уровень билирубина в сыворотке крови > 50 мг/л однозначно свидетельствует о закупорке общего желчного протока.

При отсутствии лечения не исключено образование пролежня стенки пузырного протока с последующим формированием билио-билиарного свища и попаданием камня в общий желчный проток. Лечение синдрома Мириззи заключается в дренировании желчных путей, назначении антибиотиков, внутривенном введении жидкостей и холецистэктомии.

Основными этапами патогенеза синдрома являются:

- сдавление просвета протока извне, появляющееся чаще всего на фоне острого калькулезного холецистита;
- стриктура внепеченочного желчного протока;
- перфорация гепатикохоледоха при наличии стриктуры;
- формирование пузырно-холедохеального свища с одновременной ликвидацией стриктуры.

В зависимости от особенностей анатомии билиарной системы, величины и массы конкрементов, а также тактики лечения процесс может завершиться на любой из перечисленных стадий, однако трансформация

от незначительной компрессии желчного протока допузырно-холедохеального свища может иметь место только при желчнокаменной болезни.

Помимо вышеперечисленных изменений билиарной системы, встречающихся при синдроме Мириззи, большое значение для выбора метода и объема операции имеет дифференциальный диагноз между сдавлением проксимального отдела гепатикохоледоха и его стриктурой.

Рентгенологическими симптомами стриктуры являются:

- расширение желчных протоков выше места сужения;
- симптомы «обрыва» и «немой» зоны контрастирования гепатикохоледоха;
- отклонение деформированной части протока;
- неизменный характер сужения протока после устранения вероятных причин его возникновения;
- ограниченная, не превышающая 1 см протяженность деформации;
- отсутствие конкрементов вблизи от зоны сужения.

Основными рентгенологическими симптомами холедохеального свища являются: контрастирование желчного пузыря через патологическое соустье с гепатикохоледохом, отсутствие контрастирования пузырного протока, деформация желчного пузыря, холедохолитиаз, стеноз БСДК.

Ведущая роль в лечении больных с синдромом Мириззи принадлежит хирургическому вмешательству, объем которого определяется формой заболевания. При 1-й форме синдрома он зависит от четкой дифференциации сдавления проксимального отдела гепатикохоледоха и стриктуры. В решении этой сложной задачи определенное значение имеют данные РЭИ, однако ведущими остаются результаты интраоперационной диагностики. Главной задачей этого исследования является определение состояния деформированной части желчного протока уже после того, как будут устранены возможные причины его внешнего сдавления.

Лабораторные и инструментальные методы диагностики

Изменения в общем анализе крови и общем анализе мочи свидетельствуют о наличии и выражении воспалительного процесса в желчных путях, печени и поджелудочной железе.

При биохимическом исследовании крови у больных с осложненной желчнокаменной болезнью можно обнаружить, гипербилирубинемиию

(по большей части за счет прямого билирубина), гиперхолестеринэмию, гипо- и диспротеинемию, гиперамилазэмию, умеренно повышенное количество ферментов (АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы). Достаточно информативным для диагностики желчнокаменной болезни является дуоденальное зондирование. Оно противопоказано при остром холецистите. Результаты дуоденального зондирования оценивают за количеством порций дуоденального содержимого, наличием физических, бактериологических и микроскопических изменений в этих порциях. Отсутствие порций "В", "С" в ассоциации с отсутствием желчных пигментов в порции "А" патогномоничная для механической желтухи. Отсутствие порции "В" (пузырной) свидетельствует об отключенном желчном пузыре (водянка, эмпиема и тому подобное). Наличие изменений в пузырьной порции (изменение насыщенности, цвета, наличие кристаллов холестерина, слизи, слущенного эпителия, лейкоцитов) свидетельствует о выражении воспалительного процесса, нарушения функции слизистой оболочки желчного пузыря. Изменения биохимического состава желчи (особенно пузырьной) манифестируют повышенную ее литогенность. Наиболее достоверным для верификации диагноза является рентгенологическое и ультразвуковое исследование.

Для рентгенологического исследования применяют такие методы: обзорную рентгенографию, холецистохолангиографию (пероральную, внутривенную, инфузионную, комбинированную, чрезкожную чреспеченочную, ретроградную, черезфистульную). На обзорной рентгенограмме правого подреберья в участке желчного пузыря можно диагностировать тени кальцинированных конкрементов и аэрохолию (рис. 25)

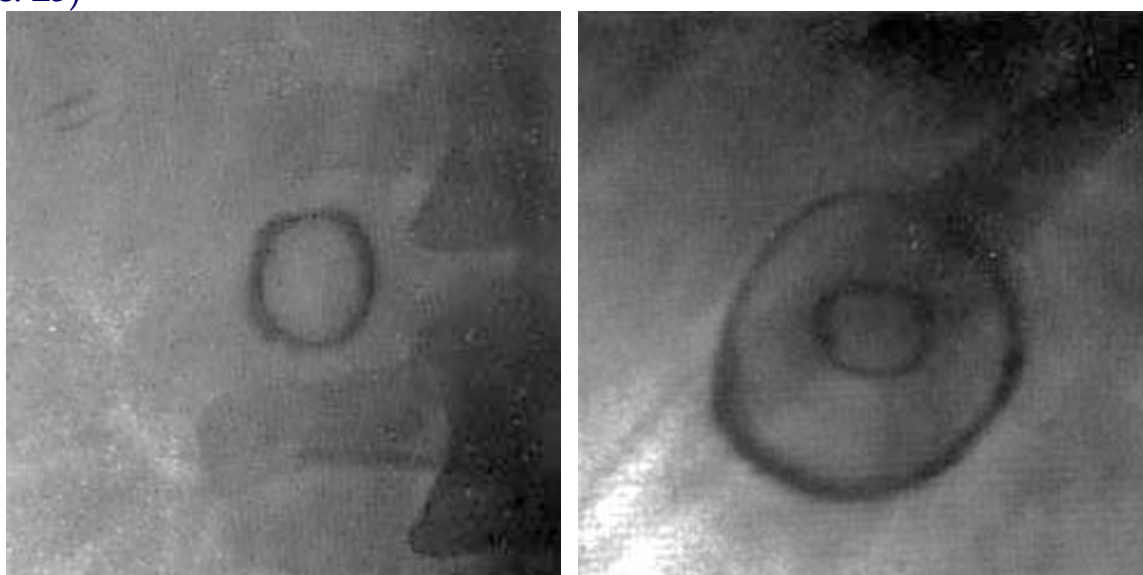
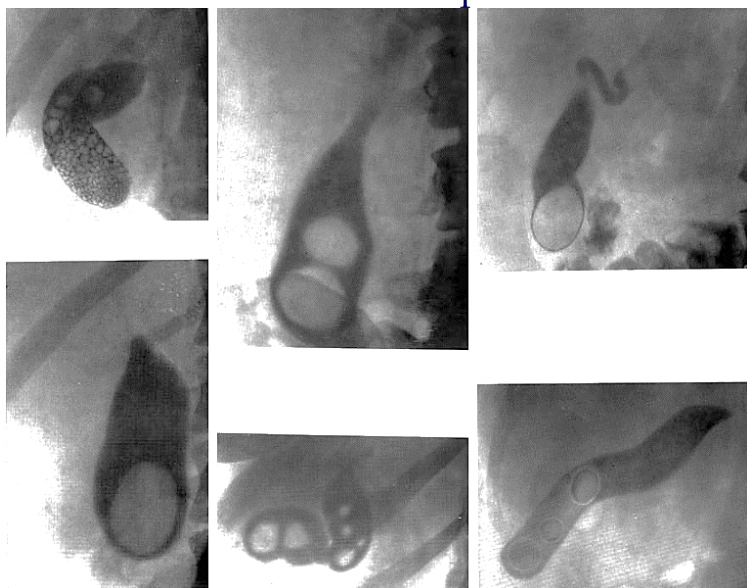


Рис. 25. Выявление холестериновых конкрементов на обзорных рентгенограммах.

Пероральную холецистографию (холевид, йодагност, билитраст) выполняют через 12-14 часа после перорального принятия диагностической дозы контраста (6-12 таблеток), верифицируют контрастируемую тень желчного пузыря с дефектами наполнения от желчных конкрементов, нарушение эвакуаторной функции пузыря через 1 час. после желчегонного завтрака (два яичных желтка, сернокислую магнезию, сорбит).

Внутривенную холецистографию (билигност, билиграфин) выполняют через 30-60 мин. после внутривенного введения контраста, кроме изменений в желчном пузыре, верифицируют изменения общей печеночного и желчного протоков.



При комбинированной холецистографии контраст используют пероральный и внутривенно одновременно, при инфузионной контраст в двойном, тройном количестве (до 60 мл) вводят капельно на протяжении 15-30 мин (рис. 26).

Рис. 26. Варианты конкрементов в желчном пузыре на холецистограмах.

Для верификации причины механической желтухи, рубцовых стриктур желчных или панкреатической протоков применяют чрезкожную чреспеченочную, черезфистульную, ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ) с использованием водорастворимого сосудистого контраста (рис. 27).

При ультразвуковом исследовании, которое в последнее время почти полностью вытеснило с арсенала рентгенологический метод, можно быстро получить четкую и конкретную информацию о форме, размерах, толщине стенки, характере содержимого желчного пузыря, протоков, поджелудочной железы, выражения перифокального воспалительного процесса.



Рис. 27. Ретроградная (а), лапароскопическая (б), чрескожная (в) холангиограммы.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику желчнокаменной болезни необходимо проводить со всеми хроническими заболеваниями органов брюшной полости (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, энтероколит, хронический аппендицит), ИХС, мочекаменной болезнью, хроническим гепатитом, некалькулезными заболеваниями желчного пузыря и внепеченочных желчных путей и тому подобное. Основанием для утверждения наличия у больного желчнокаменной болезни, наряду с клиникой, есть результаты специальных рентгенологических и ультразвукового исследований.

Лечебная тактика и выбор метода лечения

Больным желчнокаменной болезнью в хирургической стадии абсолютно показано оперативное лечение. Операции можно выполнять традиционным способом или эндоскопически. Вид и объем оперативного вмешательства, характер операционной диагностики определяют с помощью клинического варианта заболевания и особенностей конкретного больного. Основным видом обезболивания - эндотрахеальный наркоз. В большинстве случаев для хирургического доступа используют верхнюю срединную лапаротомию, хотя можно применять и косой доступ в правом подреберье и других (рис. 28).

При неосложненном хроническом калькулезном холецистите показана холецистэктомия, которую можно выполнять как традиционным способом, так и эндоскопически. Преимуществами эндоскопического способа являются его малоинвазивность, короткий ранний послеоперационный период, быстрая реабилитация больного

после операции, отсутствие послеоперационных грыж. Абсолютным противопоказаниям к эндоскопической холецистэктомии следует считать перенесенные в прошлом операции на органах брюшной полости, которые вызывают развитие спаечного процесса.

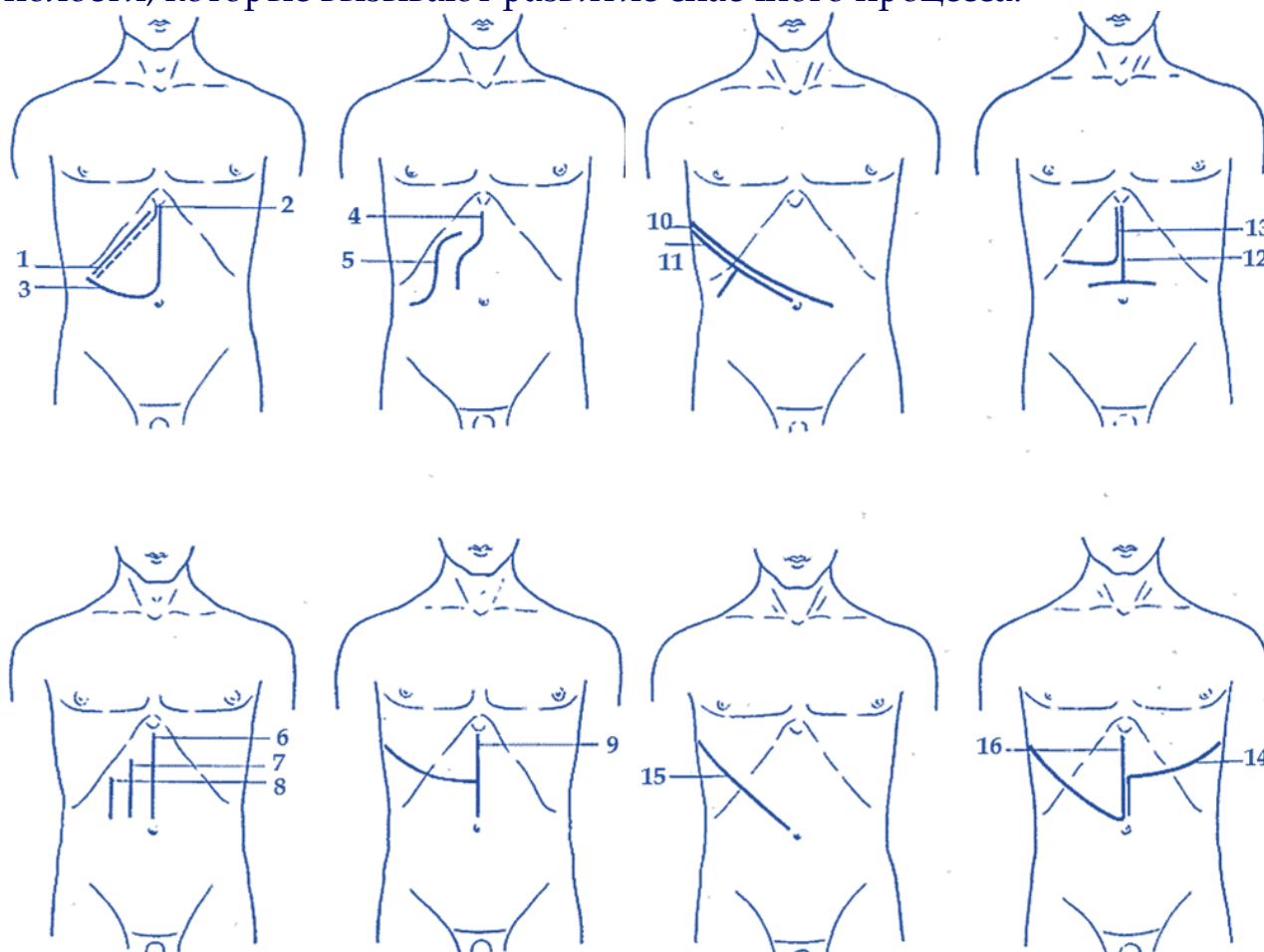


Рис. 28. Схема разрезов, применяемых при операциях на печени, желчном пузыре и желчных путях. 1 - косой разрез (Кохер); 2 - косой разрез (С.П. Федоров); 3 - углообразный разрез (Рио-Бранко); 4 - волнообразный разрез (Кер); 5 - волнообразный разрез (Бивен); 6 - верхний срединный разрез; 7 – трансректальный разрез; 8 – параректальный разрез; 9 - торакоабдоминальный разрез (Райфершайд); 10 – торакоабдоминальный разрез (Ф.Г. Углов); 11 – торакоабдоминальный разрез (Кунео); 12 - лоскутный разрез (Бруншви́г); 13 - углообразный разрез (Черни); 14 – торакоабдоминальный разрез (Райфершайд); 15 – торакоабдоминальный разрез (Киршнер); 16, 17 – торакоабдоминальный разрез (Райфершайд).

Особенной подготовки, кроме обычной премедикации, до операции больные с неосложненным хроническим калькулезным холециститом не требуют. Объем и длительность предоперационной подготовки при наличии механической желтухи определяют, принимая во внимание выражения нарушений функций печени. Подготовка включает комплексную 1-2х - суточную инфузионную терапию, направленную на нормализацию нарушений всех функций печени, свертыв-

вающей системы крови, водно-электролитного баланса, витаминотерапию, гепатопротекторы, форсированный диурез, препараты гормонов коры надпочечных желез, антибактериальную терапию (при холангите).

Существуют два типичных способа холецистэктомии:

а) “от шейки” (ретроградный) - сначала выполняют мобилизацию пузырного протока и перевязывают основной ствол пузырной артерии, а потом субсерозно удаляют желчный пузырь (рис. 29).

в) “от дна” (антеградный) - желчный пузырь удаляют субсерозно от дна с поэтапной последовательной перевязкой веток пузырной артерии (рис. 30).

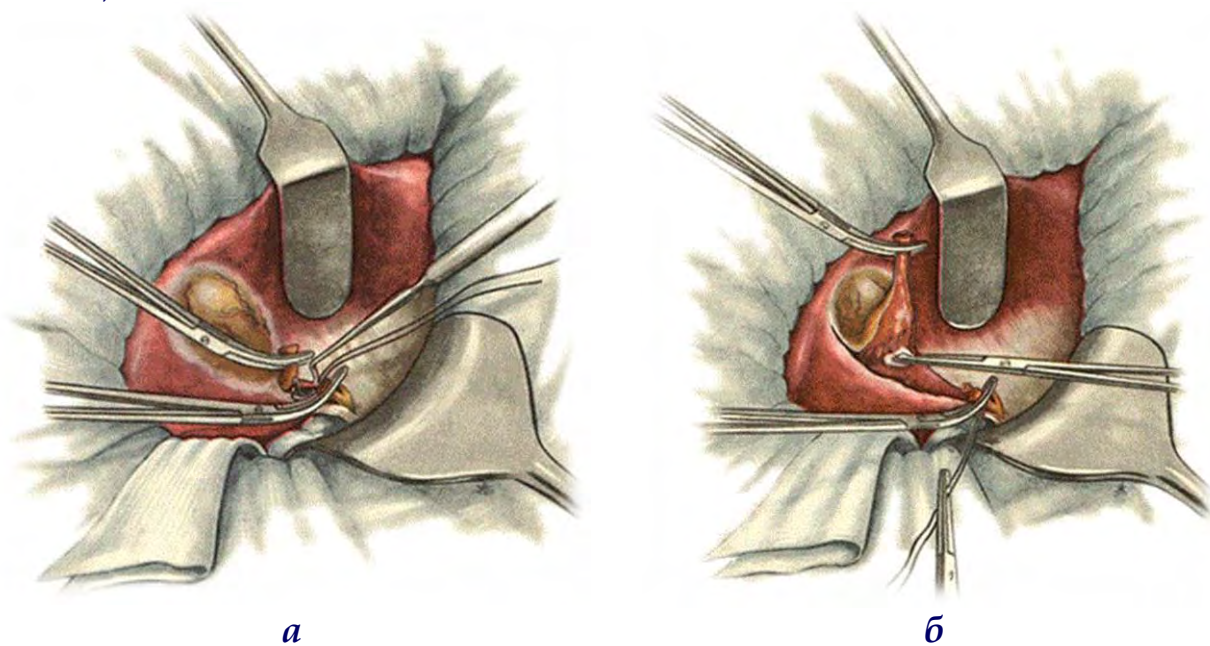
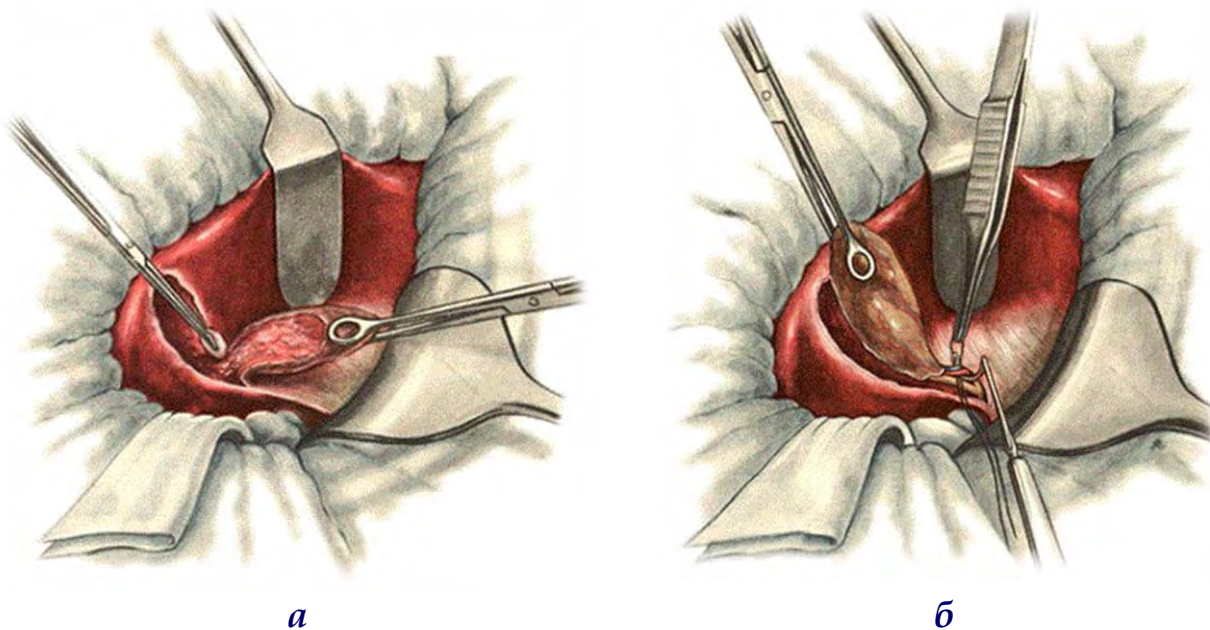


Рис. 29. Холецистэктомия от шейки ко дну: а - перевязка пузырной артерии и вены; б - выделение желчного пузыря из ложа.



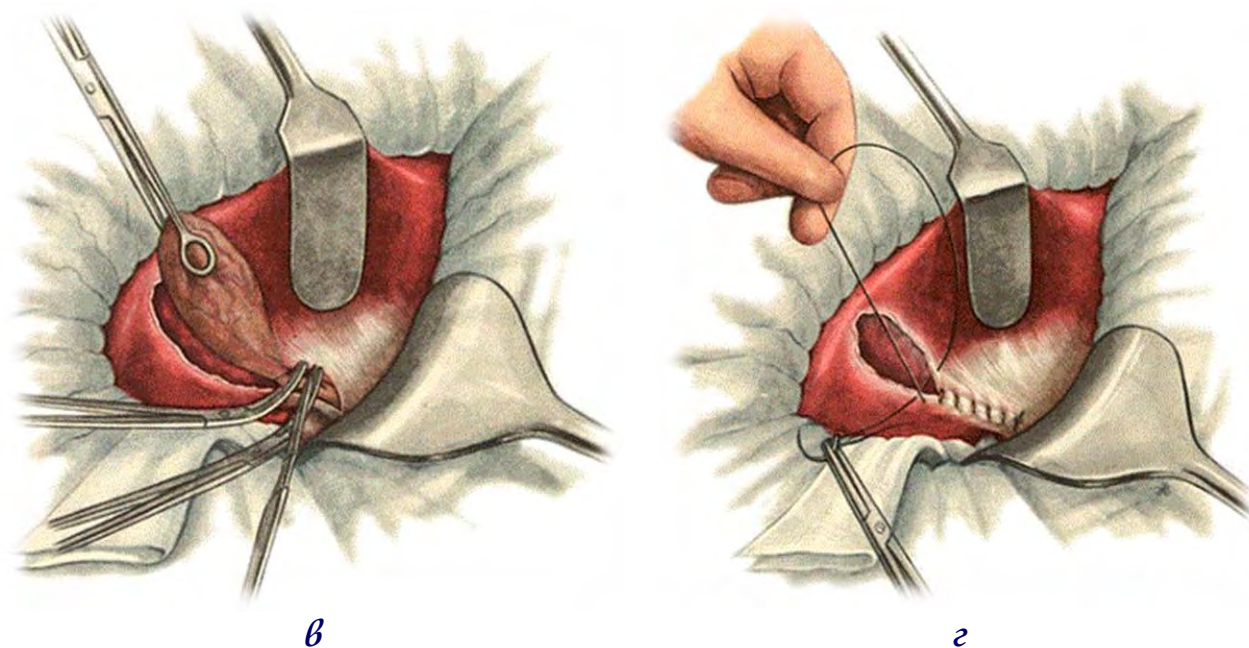


Рис. 30. Холецистэктомия от дна к шейке: а - выделение желчного пузыря из его ложа; б - перевязка пузырной артерии и вены; в - пересечение пузырного протока; г - перитонизация ложа желчного пузыря.

Операцию заканчивают зашиванием ложа желчного пузыря и дренированием подпеченочного пространства хлорвиниловыми или силиконовыми трубками в правом подреберье.

«Открытая» лапароскопическая холецистэктомия

Края раны обрабатываются раствором антисептика. Выполняется разрез тканей передней брюшной стенки. Длина разреза 3,5-4,5 см.

После этого устанавливается кольцо ранорасширителя. В медиальный угол раны вводится осветительный крючок-ранорасширитель, фиксируется на кольце и соединяется световодом с осветителем.

В латеральный угол раны вводится маленький крючок-ранорасширитель и фиксируется на кольце.

Под осветительный крючок в брюшную полость закладывается марлевая салфетка.

Далее инструментами в брюшной полости выполняется традиционная холецистэктомия. Гемостаз осуществляется по ходу операции. Рана передней брюшной стенки ушивается послойно.

Дренирование проводится по тем же показаниям, что и после лапароскопической холецистэктомии.

При осложненном хроническом калькулезном холецистите (желтуха, панкреатит, холангит в анамнезе, холедохолитиаз) после-

дующую хирургическую тактику определяют по результатам интраоперационной ревизии желчных путей, которая включает:

а) осмотр и пальпацию общего желчного протока, гепатодуоденальной связки, головки поджелудочной железы, зондирование желчных путей (рис. 31);

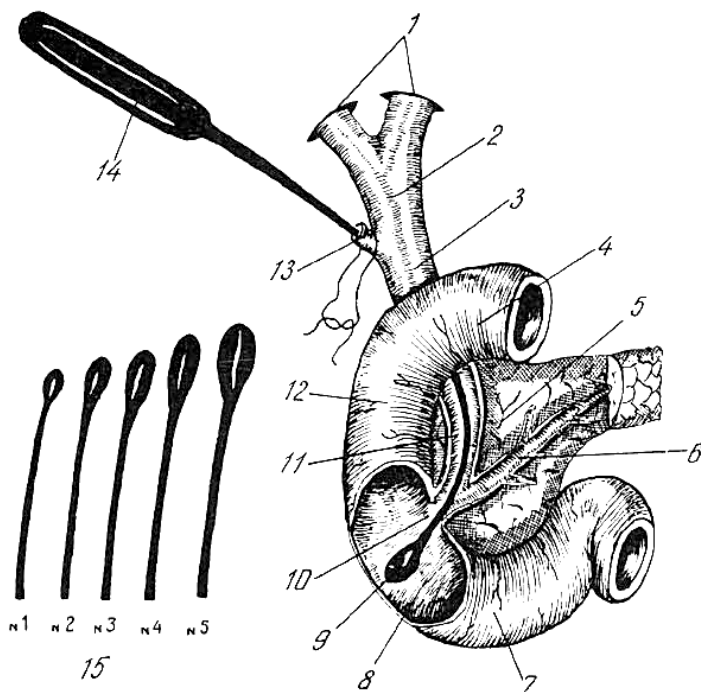


Рис. 31. Набор зондов Долиотти и схема зондирования желчных путей (по В.И. Кочиашвили):

1 - правый и левый печеночные протоки; 2 - общий печеночный проток; 3 - супрадуоденальный отдел общего желчного протока; 4 - верхнегоризонтальный отдел двенадцатиперстной кишки; 5 - головка поджелудочной железы; 6 - главный выводной проток поджелудочной железы; 7 - нижнегоризонтальный отдел двенадцатиперстной кишки; 8 - вскрыт просвет папиллярной зоны двенадцатиперстной кишки; 9 - олива зонда, проведенная

через культю пузырного протока и большой сосочек двенадцатиперстной кишки в двенадцатиперстную кишку; 10 - большой сосочек двенадцатиперстной кишки; 11 - панкреатический отдел общего желчного протока; 12 - вертикальный отдел двенадцатиперстной кишки; 13 - культя пузырного протока; 14 - рукоятка зонда; 15 - набор зондов Долиотти с разными диаметрами олив.

б) холангиоманометрию: нормальное остаточное давление в общем желчном протоке составляет 80-120 ммвод. ст., давление прохождения - до 180-200 мм вод.ст. (рис. 32).

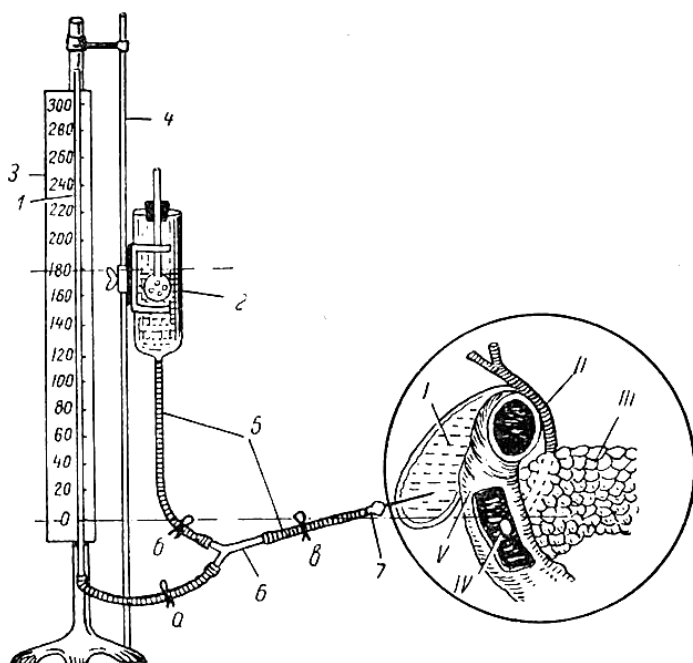


Рис. 32. Схема операционной холангиометрии. 1, 3 Водяной манометр. 2 Колба Ру: I желчный пузырь. II Холедох. III поджелудочная железа. IV Фатеров сосочок. V - Двенадцатиперстная кишка.

в) холангиографию (пункционная или, чаще, через культю пузырного протока, используют любой водорастворимый сосудистый контраст) - один из наиболее информативных и широко употребляемых методов (рис. 33);

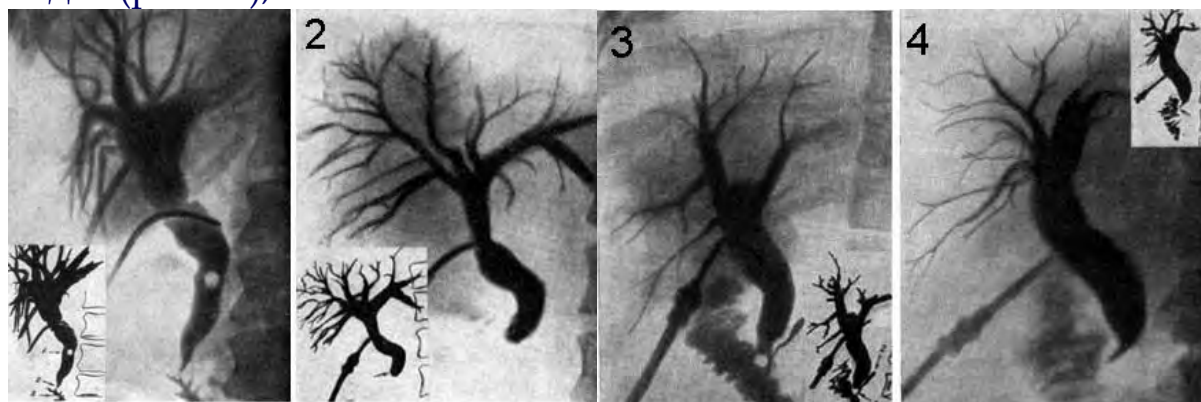


Рис. 33. Операционная холангиограмма: 1 - холедохолитиаз, стеноз сосочка; 2 - обтурация конкремента в Фатерова сосочек; 3 - папиллолитиаз; 4 - стеноз сосочка.

г) холангиоскопию (металлическим или волоконным холедохоскопом показанным на рисунке 34).

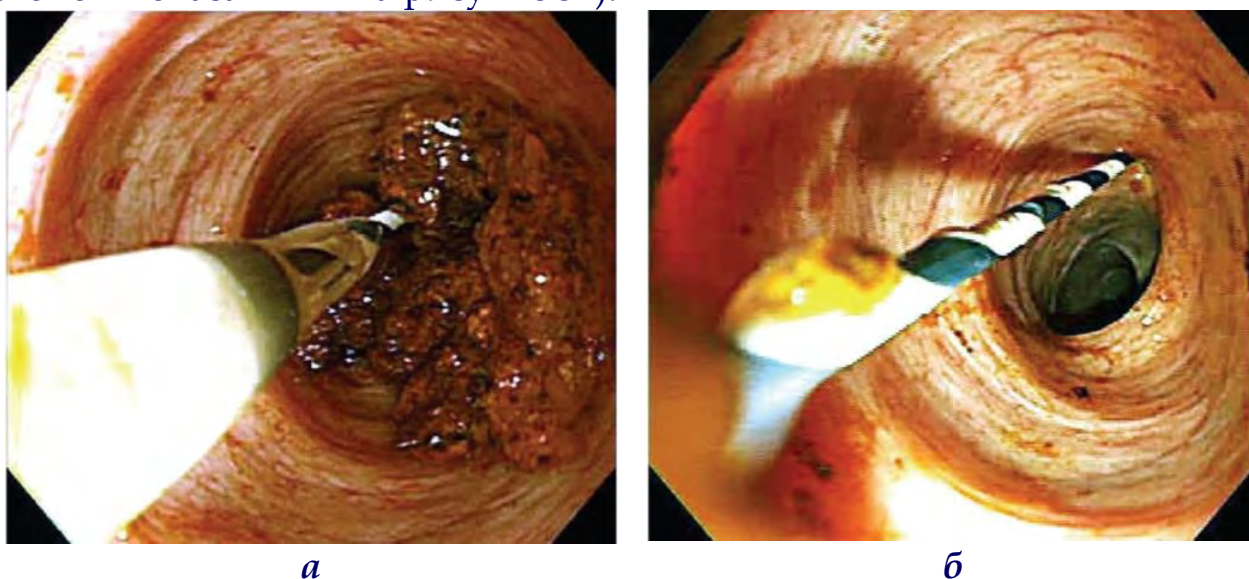


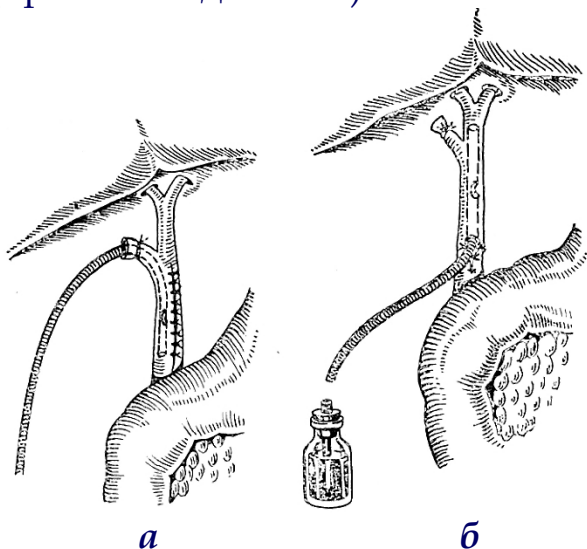
Рис. 34. Прямая холангиоскопия желчных протоков. а - эндоскопическая визуализация конкрементов желчном протоке; б - конкременты с желчного протока были полностью удалены.

Если при интраоперационной ревизии желчных путей нарушений пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку не обнаружено, отсутствуют изменения гепатодуоденальной связки, большого сосочка, головки поджелудочной железы, вмешательства ограничивают холецистэктомией.

При наличии признаков холангита, возможной временной желчной гипертензии в ранний послеоперационный период общий

желчный проток дренируют через культю пузырного протока по Д.Л. Пиковскому (наружный дренаж).

При холедохолитиазе выполняют холедохолитотомию - разрез стенки холедоха, удаление желчных конкрементов, санация холедоха (при необходимости).



Выбор варианта завершения холедохолитотомии зависит от наличия и выражения холангита и нарушения пассажа желчи через большой дуоденальный сосочек:

а) голый шов холедоха с (или без) дренированием через культю пузырного протока - при отсутствии (или незначительном) холангита и нормальном пассаже желчи через дуоденальный сосочек (рис. 35).

Рис. 35. Голый шов холедоха с дренированием через культю пузырного протока (а). холедохостомия по А.В. Вишневскому (б).

б) холедохолитостомия (внешний дренаж холедоха) через холедохотомическое отверстие по Керу, Вишневскому, Долиотти - при выраженном холангите и нормальном (возобновленному) пассаже желчи через дуоденальный сосочек (рис. 36).

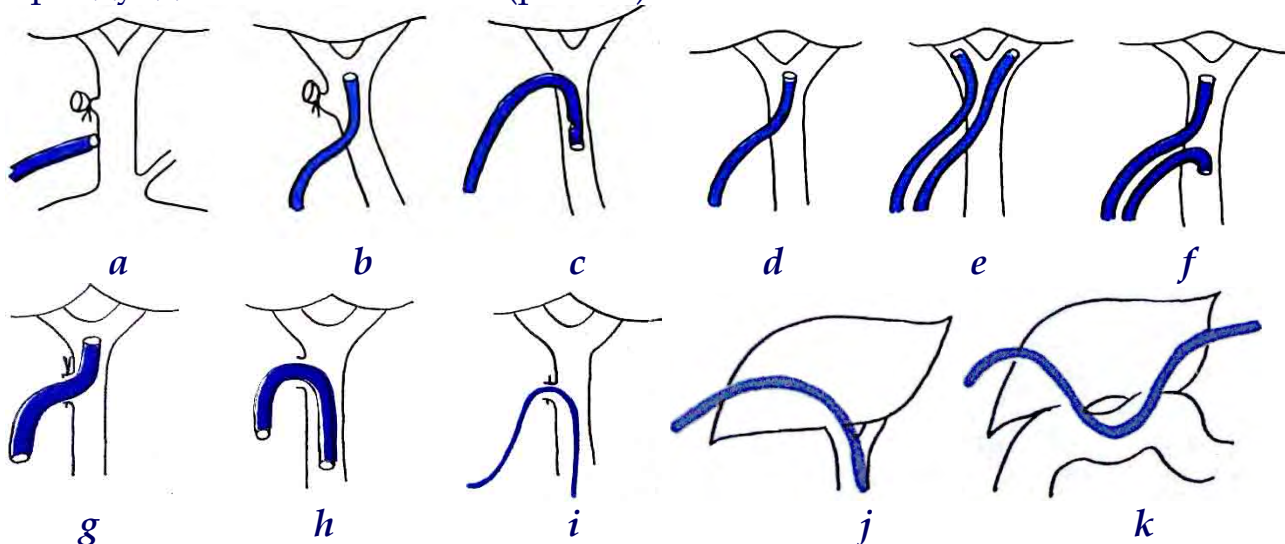


Рис. 36. Виды наружных дренирований желчных протоков при механической желтухи. а) наружный контактный дренаж по Gosset; б) по Lane; в) по Korte; д) по А.В. Вишневскому; е, ф) по Kehr; г) по Abbe; з) по Halsted; и) капиллярное дренирование по Д.Л. Пиковскому; Чреспеченочное наружное дренирование: ж) по Prader i) по Э.И. Гальперину.

в) глухой шов холедоха с дренированием по Д.Л. Пиковскому или холедохостомией в сочетании с инструментальной эндоскопической папиллотомией в первые дни после операции – при заклиненном в дуоденальном сосочке конкременте, отсутствии холангита и незначительном расширении холедоха;

г) глухой шов холедоха с (или без) дренированием по Д.Л. Пиковскому в сочетании с трансдуоденальной папилосфинктеропластикой – при стенозирующем папиллите, отсутствии (или умеренно выраженном) холангита, расширении холедоха до 2 см (рис. 37);



Рис. 37. Трансдуоденальная папилосфинктеропластика по Salembier: 1 - зонд Salembier; 2 - проведение лигатур через прорезь зонда; 3 - рассечение соска над прорезью зонда; 4 - перерезка лигатур; 5, 6 - завязывание лигатур; 7 - швы на рану кишки.

д) супрадуоденальная холедоходуоденостомия – при неустранимой причине нарушения пассажа желчи через дуоденальный сосочек (заклиненный конкремент, рубцовый стеноз, индуративный панкреатит и тому подобное), расширении холедоха больше 2 см.

Осложнение во время операции. Чаще всего возникают кровотечения из пузырной и печеночных артерий в зоне ложа желчного пузыря, реже – из сосудов гепатодуоденальной связки. Вторая группа осложнений связана с возможными повреждениями желчных протоков, чаще правой и общей печеночных, общей печеночной, двенадцатиперстной или ободочной кишок. Основной причиной этих осложнений является большая частота вариантов анатомических аномалий структуры внепеченочных желчных протоков и кровоснабжения желчного пузыря, которые обязательно должен знать хирург.

Послеоперационный период. После холецистэктомии по поводу неосложненного хронического калькулезного холецистита особенных

назначений больные не требуют: соблюдение активного принципа ведения - ранний (с первого дня после операции) двигательный режим, дыхательная гимнастика, лечебная физкультура, анальгетики (лучше ненаркотические), 1-2 сутки парентеральное питание с последующим постепенным расширением диеты, 1-2 – разовая аспирация желудочного содержимого, профилактика тромбоэмболических осложнений (фраксипарин).

Дренажи из брюшной полости удаляют на 2-4 сутки после операции, после возобновления моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.

После «расширенных» холецистэктомий (с холедохолитотомией, наружным и внутренним дренированием холедоха), особенно у больных с механической желтухой, холангитом, панкреатитом, лечение дополняют комплексной антибактериальной терапией. Парентеральное питание продолжают 2-4 сутки, назначают интенсивную инфузионную дезинтоксикационную терапию, гепатопротекторы, коррекцию нарушений свертывающей системы крови, водно-электролитного равновесия, функций печени, ингибиторы протеолитических ферментов поджелудочной железы. Дренажи с холедоха удаляются на 10-14 сутки после операции при условии возобновления пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку с помощью верифицированной фистулохолангиографии.

Ранние осложнения послеоперационного периода: кровотечения внутрибрюшинные (чаще всего из с ложа желчного пузыря, редко из культы пузырной артерии) и с брюшной стенки в участке раны, несостоятельность культы пузырного протока с желчным перитонитом, воспалительный инфильтрат, абсцессы в области подпеченочного пространства, послеоперационный панкреатит, ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость.

Билиарный панкреатит

Билиарная патология – наиболее частая причина развития острого и обострения хронического панкреатита. Одной из причин формирования билиарного (билиарнозависимого) панкреатита (БП) является желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Частота выявления панкреатита у больных ЖКБ, по разным оценкам, составляет 25–90% и более.

Причины формирования билиарного панкреатита

Причинно-следственные взаимоотношения между ЖКБ и панкреатитом общеизвестны. Главными механизмами формирования БП являются заброс и задержка желчи в протоках ПЖ, она

взаимодействует с панкреатическими ферментами и бактериями. В связи с этим происходят высвобождение связанных желчных кислот, активация панкреатических ферментов в протоковой системе ПЖ. В результате этого повреждается ее защитный барьер, поражается паренхима ПЖ аналогично патологическим процессам, развивающимся при панкреатобилиарных рефлюксах и сопровождающимся формированием ферментативного холецистита.

Как известно, препятствием для развития билиарного панкреатического рефлюкса является более высокое секреторное давление в главном панкреатическом протоке по сравнению с общим желчным протоком. Поэтому пусковым механизмом развития БП является повышение давления в протоковой системе желчных путей, которое может быть обусловлено как функциональной (диссинергизм в работе сфинктерного аппарата дистальных отделов желчных путей и главного панкреатического протока, гипертонус сфинктера Одди), так и органической патологией (мелкие конкременты, сгустки смазкообразной желчи, стриктуры в терминальном отделе общего желчного протока, высокое панкреатобилиарное соустье, стенозирующий папиллит и др.), часто сопровождающий течение ЖКБ.

Следует отметить, что билиарные дисфункции и, в частности, дисфункции сфинктера Одди являются неотъемлемым атрибутом ЖКБ. Функциональные нарушения при дисфункции сфинктера Одди способствуют развитию билиарно-панкреатического рефлюкса в результате разницы давления в общем желчном и панкреатическом протоках. Даже при небольшой билиарной гипертензии сфинктер главного панкреатического протока не способен предохранить протоковую систему ПЖ от патологического рефлюкса.

При ЖКБ билиарный сладж либо конкременты из желчного пузыря или общего желчного протока, попадая в ампулу фатерова сосочка, также могут быть причиной развития БП в связи с созданием препятствия для оттока желчи и панкреатического секрета. Характер клинических проявлений и степень функциональных нарушений со стороны ПЖ при этом могут существенно различаться. В случае быстрого прохождения камня в двенадцатиперстную кишку (ДПК) воспалительные явления в ПЖ достаточно быстро стихают. При ущемлении конкремента в ампуле большого дуоденального сосочка признаки обострения панкреатита нарастают. Развивающийся вокруг камня спазм гладкой мускулатуры усугубляет степень билиарной гипертензии и, как следствие, течение панкреатита. Нередко в таких случаях появляются признаки механической желтухи – за счет нарушения проходимости вследствие

обтурации камнем протоковой системы и сдавления общего желчного протока увеличенной головкой ПЖ.

В последние годы все большее значение в развитии БП придают билиарному сладжу (БС). В результате дестабилизации физико-химического состояния желчи происходят преципитация ее основных компонентов и формирование БС в желчном пузыре. Важными факторами, способствующими персистенции БС, являются гипотония желчного пузыря и гипертонус сфинктера Одди. Постоянный пассаж БС по желчным путям приводит к повреждению слизистой оболочки, главным образом в области сфинктера Одди. Травматизация слизистой оболочки происходит микролитами, составляющими основную часть БС. В результате этого вначале развивается вторичная дисфункция сфинктера Одди, а в последующем формируется стенозирующий папиллит.

Благоприятные условия для возникновения билиарно-панкреатического рефлюкса при дисфункции сфинктера Одди возникают при высоком соединении общего желчного и панкреатического протоков или аномалиях их слияния. Риск возникновения панкреатита значительно выше у пациентов с длинным и широким общим желчным протоком, диаметром дистального отдела главного панкреатического протока более 2,5 мм, а также при наличии кист в общем желчном протоке.

Учитывая тесную связь между БС и развитием острого панкреатита, в настоящее время принято считать, что диагноз идиопатического панкреатита может быть поставлен только после исключения микролитиаза в билиарном тракте. Частота выявления БС у больных с так называемым идиопатическим панкреатитом составляет 30–75%. При исследовании желчи в течение первых суток от начала панкреатической атаки частота обнаружения БС достигает 80%.

Рецидивам БП способствует не только миграция мелких камней и БС по общему желчному протоку, но и обострение заболеваний гастродуоденальной зоны, часто сопутствующих ЖКБ. Так, частота сочетания ЖКБ и эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны, по нашим данным, достигает 25–27%. В этих ситуациях гиперацидность желудочного сока, обусловленная гипергастринемией, является чрезмерным стимулом для ПЖ, что в условиях затрудненного оттока ее секрета приводит к внутрипротоковой гипертензии и обострению патологического процесса.

Особенностью БП, отличающего его от других форм панкреатита, является сочетание экзокринной недостаточности ПЖ с хронической

билиарной недостаточностью, что отражается на качестве пищеварительного процесса.

Клиническая картина требует, в первую очередь, исключения синдромосходных заболеваний, таких как гастродуоденальные язвы, карциномы желудка и ободочной кишки, хронический антральный гастрит, хроническая артериомезентериальная компрессия, острый вирусный гепатит и обострение хронического вирусного гепатита, обострение хронического холецистита, опухоль ПЖ, которая может вызывать острый панкреатит и поддерживать течение ХП на неопределенный период и др. В этой связи необходимы обследование больных для исключения перечисленных заболеваний и воздействие на них как на фактор, поддерживающий течение ХП.

Клинические проявления БП включают в себя абдоминальный болевой синдром, симптомы внешнесекреторной и инкреторной недостаточности ПЖ, билиарной недостаточности. Болевой синдром является доминирующим в клинической картине заболевания в 80–90% случаев.

Клинические признаки обострения БП характеризуются появлением болей в эпигастрии с иррадиацией в спину, правое или левое подреберье. Боли могут быть связаны с перееданием, приемом острой, жирной, жареной пищи, появляются обычно через 1,5–2 ч после еды или возникают спонтанно ночью. Реже боли возникают сразу после приема пищи, особенно холодных шипучих напитков и, как правило, связаны со спазмом сфинктера Одди. В период приступа возможна умеренная лихорадка. Из диспепсических расстройств наиболее часто встречаются тошнота, рвота, а также горечь во рту. Выраженная клиника острого панкреатита развивается при ущемлении конкrementа в ампуле большого дуоденального сосочка с нарушением оттока панкреатического секрета и присоединением клинических симптомов механической желтухи.

Диагностика носит комплексный характер и включает в себя анализ жалоб, данных анамнеза, объективный осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования. В клиническом анализе крови выявляют лейкоцитоз, при биохимическом исследовании отмечаются изменение функциональных проб печени (повышение активности трансаминаз, ЩФ, ГГТП), а также повышение уровня сывороточной амилазы и липазы. Следует отметить, что изменения печеночных функциональных тестов при БП более выражены, чем при панкреатите алкогольной или другой этиологии. Наиболее ранним проявлением

внешнесекреторной недостаточности ПЖ является наличие эластазы в кале в сочетании со стеатореей, нейтральным жиром и мылами.

Основным инструментальным методом диагностики является УЗИ. При трансабдоминальной ультрасонографии (ТУС) выявляют конкременты и/или различные варианты БС в желчном пузыре и общем желчном протоке. Следует отметить, что чувствительность и специфичность ТУС в выявлении патологии общего желчного протока не превышают 60%.

В случаях плохой визуализации общего желчного протока при ТУС (выраженный метеоризм, тучность больного и др.) применяют эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС). Общий желчный проток может быть нормальных размеров, расширение его происходит при ущемлении камня в терминальном отделе или ампуле большого дуоденального сосочка. Вирсунгов проток нормальных размеров или умеренно расширен. Изменения в паренхиме ПЖ зависят от стадии процесса. На ранних этапах изменений в ПЖ выявить не удастся. В дальнейшем при УЗИ определяются неоднородность ее структуры, неровность контуров. При обострении панкреатита выявляются ультразвуковые признаки отека ПЖ.

Для определения проходимости желчных путей показана динамическая холесцинтиграфия, которая позволяет проследить весь процесс перераспределения желчи в билиарной системе, время поступления ее в ДПК, а также дать оценку функционального состояния печени.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) позволяет выявить патологические изменения в большом дуоденальном сосочке, общем желчном и панкреатическом протоках. При необходимости во время исследования одновременно выполняется папиллотомия или папиллосфинктеротомия. ЭРХПГ неэффективна при наличии конкрементов в общем желчном протоке менее 5 мм в диаметре, смазкообразной желчи. У $\frac{1}{3}$ пациентов исследование может вызвать ЭРХПГ-индуцированный панкреатит, поэтому у больных с подозрением на БП данное исследование должно применяться с большой осторожностью, с диагностическими целями чаще следует использовать ЭУС. При наличии стенозирующего папиллита или билиарных стриктур во время ЭРХПГ восстанавливают желчеотток с помощью сфинктеротомии или стентирования. Эндоскопическое дренирование с помощью стентов дает хорошие ближайшие результаты, однако у пациентов с кальцификатами головки ПЖ эффективность его в 17 раз ниже.

В последнее время в клиническую практику внедряется магнитно-резонансная холангиопанкреатография, позволяющая одновременно оценить состояние желчных и панкреатического протоков.

При эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) оцениваются изменения со стороны слизистой оболочки верхнего отдела пищеварительного тракта, в особенности характер патологических изменений парафатериальной зоны и непосредственно большого дуоденального сосочка.

Чрескожная чреспеченочная холангиография применяется в случаях неинформативности других методов визуализации и невозможности выполнения ЭРХПГ.

Для подбора адекватной кислотосупрессивной терапии и определения продолжительности курса лечения показана компьютерная рН-метрия желудка.

Важную роль в лечении больных БП играет диетотерапия. Строгое соблюдение диеты приводит к снижению функциональной нагрузки на желчный пузырь и сфинктерный аппарат желчных путей, создает условия для максимального функционального покоя ПЖ. При выраженном обострении в первые 3 дня пациенту назначается полный голод с употреблением щелочных минеральных вод без газа. В дальнейшем пациент переходит на диету № 5. Необходимо ограничение жиров до 60–70 г/сут., белка – до 100–110 г/сут. При тяжелых обострениях панкреатита, сопровождающихся рвотой, целесообразно прибегнуть к голоданию в течение 1–3 сут. и коррекции водно-электролитного баланса парентеральным введением раствора Рингера, глюкозы и др. После уменьшения болей и прекращения рвоты возвращаются к пероральному питанию, которое должно быть не менее 5–6 раз/сут.

Медикаментозная терапия не отличается от лечения других форм панкреатита и должна преследовать следующие цели:

- купирование боли, уменьшение и снятие интоксикации, которая переводит процесс из локально-органный в мультиорганный – распространенный;
- купирование прогрессирования отечно-интерстициальной стадии панкреатита с целью предотвращения развития «хирургических» осложнений при неосложненном и ограниченном неинфицированном панкреонекрозе;
- стабилизация клинической ситуации, которая достигается созданием функционального покоя ПЖ с постепенным переходом к функциональным нагрузкам;

- лечение осложнений острого периода – несостоятельности внешне- и внутрисекреторной недостаточности функций ПЖ;
- лечение хирургических осложнений и предотвращение рецидивирования при сохраняющемся причинном факторе;
- реабилитация больных ХП.

Основной причиной боли при БП является гипертензия в протоковой системе ПЖ. При этом боль может быть купирована мероприятиями, направленными на снижение давления в протоках и уменьшение отека и воспалительной инфильтрации ПЖ, без применения анальгетиков.

Для подавления секреции ПЖ назначают ранитидин, фамотидин, омепразол, октреотид.

Лечение целесообразно начинать с октреотида по 100 мкг 3 раза/сут. подкожно. Средний курс лечения составляет 5 дней. При недостаточном клиническом эффекте суточную дозу препарата увеличивают до 600 мкг (по 200 мкг через каждые 8 ч). Синтетические аналоги октреотида подавляют экзокринную функцию ПЖ, секрецию гастрина, соляной кислоты, секретина и других биологически активных веществ гастропанкреатической системы. Продолжительность курса лечения определяют в зависимости от распространенности патологического процесса, вовлечения клетчатки забрюшинного пространства, тяжести состояния больного.

Одновременно больным показано назначение блокаторов желудочной секреции (H_2 -блокаторы гистаминовых рецепторов, ингибиторы протонной помпы) парентерально 3–5 дней, затем per os до восстановления структурно-функциональной активности ПЖ, в общей сложности – 3–4 мес.

Показаны антациды с высокой кислото-нейтрализующей активностью через каждые 2–3 ч. Однако следует учитывать, что применение антацидов в высоких дозах уменьшает биодоступность целого ряда препаратов, например, снижается абсорбция антибиотиков группы тетрациклина, блокаторов гистаминовых H_2 -рецепторов и других препаратов, с которыми антациды образуют нерастворимые соединения.

Уменьшают тяжесть течения панкреатита низкомолекулярные гепарины, гепариноиды, реополиглюкин и др. Эффект обусловлен улучшением микроциркуляции, а в 70% случаев – и рассасыванием микротромбов. Следует иметь в виду и тот факт, что билиарная гипертензия и воспаление уменьшают доставку лекарственных средств в патологический очаг. В связи с этим гепаринизация низкомоле-

кулярными гепаринами за счет улучшения микроциркуляции повышает эффективность лекарственной терапии.

Для купирования болей применяют дротаверин, папаверин, платифиллин и др. Хорошо зарекомендовал себя как средство для снятия болей парацетамол. Однако максимальная доза парацетамола не должна превышать 4 г/сут. Из ненаркотических анальгетиков применяют трамадол по 1–2 ампулы (по 50 мг) внутримышечно или внутривенно (медленно) или по 1–2 капсулы (по 50 мг) внутрь 1–3 раза/сут. Используют также бупренорфин в дозе 300 мкг в ампуле и 200 мкг в таблетке. При выраженной и резистентной боли назначают наркотические анальгетики: 1 мл 1–2% раствора промедола подкожно или внутримышечно 1–3 раза/сут., обычно в течение не более 3 дней.

Последние исследования показали, что при дисфункции сфинктера Одди и дискинетических расстройствах кишечника, вносящих свою лепту в формирование болевого абдоминального синдрома при ХП, хороший эффект оказывает селективный миотропный спазмолитик мебеверин (Дюспаталин).

По показаниям назначают полиглюкин 400 мл/сут., гемодез 300 мл/сут., 10% раствор альбумина 100 мл/сут., 5–10% раствор глюкозы 500 мл/сут. с адекватным количеством инсулина внутривенно. При тяжелых атаках необходимы коррекция гемодинамических нарушений, борьба с эндотоксикозом.

У пациентов с ЖКБ, а также после холецистэктомии выявляется синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке. По нашим данным, в группе больных, перенесших холецистэктомию, СИБР выявлен в 58%, а среди пациентов с ЖКБ – в 28% случаев. Полученные результаты можно объяснить тем, что после холецистэктомии снижаются концентрация желчных кислот в желчи и ее бактерицидные свойства.

По данным А.И. Пастухова, у больных с хроническим билиарно-зависимым панкреатитом после холецистэктомии СИБР выявлялся в 33% случаев. Наши исследования показывают, что наилучшим клиническим эффектом в этих ситуациях обладает рифаксимин в суточной дозе 800–1200 мг, продолжительность приема – 7 дней. Доза и длительность антибактериальной терапии определяются тяжестью состояния больного, лабораторными показателями и данными инструментальных методов исследования.

При дисфункции сфинктерного аппарата желчных путей показаны гимекромон или мебеверин в обычных дозировках (курс лечения – 2–4 нед.); при наличии холедохолитиаза – баллонная дилатация, папиллосфинктеротомия с извлечением камней. Восстановление оттока желчи и

панкреатического сока – одно из главных и неизменных условий при терапии БП.

С целью профилактики БП необходимо проведение адекватной терапии ЖКБ на ранних стадиях, а на стадии калькулезного холецистита – своевременной холецистэктомии.

Острый холецистопанкреатит

Холецистопанкреатит – сочетанное поражение желчного пузыря и поджелудочной железы. В МКБ-10 указанная нозологическая форма не выделяется, однако в клинической практике этот термин широко используется.

Следует отметить, что при изучении различных литературных источников обращает на себя внимание расхождение в понимании и использовании термина острый холецистопанкреатит (ОХП). Так, по мнению ряда авторов острым холецистопанкреатитом следует считать сочетание острого панкреатита (ОП) с острым холециститом (ОХ), как калькулезным, так и бескаменным. Острое воспаление поджелудочной железы (ПЖ), вызванное хроническими заболеваниями желчевыводящих путей, в том числе хроническим калькулезным холециститом, носит название билиарного панкреатита (билиопанкреатита).

По мнению некоторых авторов, ОХП является частным случаем билиарного панкреатита – понятия более широкого, объединяющего все патологические состояния желчевыводящих путей, в том числе и без воспаления желчного пузыря (ЖП) (холедохолитиаз, тубулярный стеноз дистального отдела *d. choledochus*, стеноз или вклиненный камень большого дуоденального сосочка, функциональные дискинетические расстройства внепеченочных желчных протоков и двенадцатиперстной кишки (ДПК)), приводящие к развитию ОП.

Ряд авторов придерживаются мнения о том, что к ОХП можно отнести состояния, при которых имеются явления острого панкреатита и хронического калькулезного холецистита в стадии ремиссии (или наоборот), объясняя это тем, что наличие хронического процесса в одном из органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, даже не проявляя себя клинически, имеет огромное патогенетическое значение.

Отсутствие единого понимания в определении термина острый холецистопанкреатит чрезвычайно затрудняет, а в ряде случаев делает невозможным должную интерпретацию имеющихся в литературе данных по указанной проблеме.

В целом, в настоящее время острый холецистопанкреатит рассматривается как осложнение острого холецистита. Под обобщенным понятием ОХП зачастую подразумевается сочетание любой формы

острого панкреатита с любой формой и стадией воспаления желчного пузыря.

Диагностика и лечение острых сочетанных поражений желчного пузыря и поджелудочной железы – один из наиболее проблемных разделов абдоминальной хирургии, что обусловлено как значительной частотой возникновения ОХП, так и высокими показателями летальности при этом заболевании. Судя по данным литературы, удельный вес больных ОХП в стационарах неотложной абдоминальной хирургии составляет 24-25%. Летальность в зависимости от формы заболевания колеблется от 3.2 до 55.5%, а послеоперационная летальность при тяжелом и осложненном ее течении достигает 31,5%.

В настоящее время не вызывает сомнений связь возникновения ОХП с наличием желчнокаменной болезни (ЖКБ). Указывается, что в 85% случаев ОХП является осложнением ЖКБ, а у 15% больных, наоборот, отмечаются вторичные ферментативные холециститы. Удлинение сроков заболевания ЖКБ увеличивает вероятность развития деструктивных форм острого панкреатита.

Особое значение в возникновении ОХП в настоящее время придается микролитиазу, когда диаметр конкрементов составляет 1-4 мм. Наиболее опасными в отношении развития ОП и атак хронического рецидивирующего панкреатита (ХРП) являются мелкие и очень мелкие камни (микролиты) (36). Так, частые рецидивы ХРП имеют место у больных, у которых при УЗИ и холецистографии в желчном пузыре (ЖП) или общем желчном протоке выявляются не камни, а желчная «смазка» (билиарный «ил» - *sludge*). Камни диаметром 1-1.9 мм именуют «гравием», а камни диаметром более 2 мм считают «обычными».

При ЖКБ к вышеперечисленным факторам присоединяется раздражение сфинктера Одди микролитами, что приводит к его дискинезии. Это, наряду с анатомо-функциональными особенностями гепатопанкреатодуоденальной области, способствует возникновению билиарно-панкреатического, панкреато-билиарного, дуодено-билиарного и дуодено-панкреатического рефлюксов, что играет существенную роль в механизме развития этой патологии. Гипертонус сфинктера приводит к протоковой гипертензии, а недостаточность – к дуодено-панкреатическому рефлюксу и внутриорганной активации протеолитических ферментов энтерокиназой.

Высказывается мнение, что к факторам, способствующим возникновению ОХП, относятся латентно протекающие хронические воспалительные процессы в органах гепатопанкреатодуоденальной системы. Экспериментально доказано значение рефлюкса желчи и

гипертензии в желчевыводящих путях, а также роль микротравм большого дуоденального сосочка (БДС) и связанной с ними внутрипротоковой активации ферментов поджелудочной железы в генезе ОХП.

Основное значение в патогенезе этого заболевания придается теории «общего канала», в основу которой положены особенности анатомического взаимоотношения между общим желчным протоком и протоком поджелудочной железы (ПЖ). При закупорке конкрементом дистального отдела общего желчного протока или при воспалительном процессе в желчных путях давление в них повышается, и желчь забрасывается в проток ПЖ. При этом активируются фосфолипазы, образуя из лецитина желчи высокотоксичный лизолецитин. Одновременно в ряде случаев в проток ПЖ попадает и патогенная флора из инфицированной желчи. В результате общности лимфатических путей печени и ПЖ, инфекция из желчных протоков может распространяться не только интраканаликулярно, но и по лимфатическим сосудам.

Отдельные работы свидетельствуют о значимости изменений иммунного статуса больного в процессе развития ОХП. Так, имеются указания, что при ОХП развиваются серьезные нарушения иммунной системы, выражающиеся в развитии вторичных иммунодефицитных состояний, активизации сенсibilизации организма, что свидетельствует о роли алергизирующего фактора в определении степени тяжести заболевания. Р.В. Вашетко и соавт. (3) указывают, что при холецистопанкреатите происходит сенсibilизация организма тканевыми антигенами. Последнее в сочетании с расстройством интраорганного кровообращения создает благоприятные условия для активации условно-патогенной микрофлоры, нарушения гистогематических барьеров и усиливает воспалительную реакцию.

Предложены различные варианты классификаций ОХП, в основе которых находятся значимые с точки зрения авторов моменты патогенеза и особенности морфологических изменений в ЖП и ПЖ. Авторы всех приведенных работ согласны с использованием морфологической классификации, предусматривающей выделение катарального, флегмонозного, гангренозного холецистита, и панкреатита – отечного и деструктивного (жирового или геморрагического панкреонекроза).

Формирование различных форм ОХП происходит при перекрестном сочетании указанных изменений в желчных путях и поджелудочной железе.

Клиническая картина заболевания является чрезвычайно вариабельной и зависит от ряда моментов: длительности анамнеза;

наличия камней и инфекции в желчном пузыре и желчных путях; желтухи; функциональных и морфологических изменений сфинктера Одди, дистальных отделов общего желчного и панкреатического протоков; нарушений в ДПК и окружающих ее тканях. В зависимости от формы проявления ОХП, преобладают симптомы поражения желчного пузыря или поджелудочной железы. Следует учесть, что при ОХП развивается синдром взаимного отягощения поражения органов, приводящий к деструктивным изменениям в поджелудочной железе и ферментативным процессам в желчном пузыре.

Преобладание деструктивных изменений в желчном пузыре свидетельствует о первичном холецистите с реактивным панкреатитом, как правило, нетяжелом. При тяжелом панкреонекрозе ОХ чаще является вторичным, ферментативным и может быть бескаменным. На ферментативный характер поражения желчного пузыря указывают зеленоватое пропитывание его стенки, желчный перитонеальный экссудат и высокая активность панкреатических ферментов в пузырной желчи. Указывается, что клиническая картина ОХП характеризуется болевым синдромом, диспептическими расстройствами, явлениями динамической непроходимости кишечника, гемодинамическими, метаболическими нарушениями, ферментной токсемией, выраженность которой определяется характером патоморфологических изменений в ПЖ.

Особенностей клинической картины, строго характерных для ОХП, в доступной нам литературе не обнаружено. Указываются лишь некоторые черты клинического течения этого заболевания. К ним относятся: более частое острое начало заболевания, проявляющееся внезапным болевым приступом, сочетанной локализацией болей как в эпигастрии, так и в правом подреберье. Отмечается, что в ряде случаев вследствие наличия у пациента билиарной патологии клиника панкреатита как бы маскируется, скрывается на втором плане, что создает определенные трудности в диагностике.

Был выделен синдром «малых признаков», наличие которых может свидетельствовать о возникновении панкреатита, связанного с патологией желчевыносящих путей. К ним относятся: внезапно начавшиеся острые интенсивные боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, сопровождающиеся диспептическим синдромом, болезненность и напряжение в правом подреберье и эпигастрии при пальпации, желтуха, диспептическим синдром. Однако, не вызывает сомнений, что оценка клинической картины с целью своевременного и точного распознавания острого сочетанного поражения желчного

пузыря и поджелудочной железы без учета данных лабораторной и инструментальной диагностики является явно недостаточной.

Обследование больных ОХП показало, что главными, статистически достоверными лабораторными признаками, являются повышение общего билирубина крови более чем на 10.0% от верхней границы нормы (т.е. более 22.0 ммоль/л), повышение уровня АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, повышение активности амилазы мочи свыше 256 ЕД по Вольгемуту более 1 суток. Повышение активности АЛТ может свидетельствовать о нарастании воспалительных явлений в печени и ЖП, повышение активности АСТ – о деструкции ПЖ. Ранняя транзиторная гипертрансаминаземия может указывать на билиарную этиологию заболевания. Учет этих данных позволяет выделять группы риска развития ОХП, например, среди пациентов с острым и хроническим холециститом. Эти же показатели могут быть использованы и для контроля течения заболевания в процессе лечения. Динамический контроль показал, что наиболее информативными лабораторными данными оказались показатели амилазы в различных средах (моча, выпот, желчь), билирубин крови, щелочная фосфатаза, в меньшей степени - аминотрансферазы, лейкоциты крови, лейкоцитарный индекс интоксикации и другие показатели гомеостаза.

В настоящее время наиболее распространенными инструментальными методами диагностики ОХП являются УЗИ, эндосонография, эндоскопический и рентгенологические (ЭРХПГ, КТ) методы. Наиболее доступной является УЗИ - диагностика, которая позволяет выявить поражение билиарной системы в 95,4 – 99,6% случаев и поражение ПЖ в 40-86% случаев. Значительно более информативным является эндоскопическое УЗИ, позволяющее выявить недиагностированные при УЗИ, КТ и ЭРХПГ патологические образования. Его разрешающая способность в отношении желчных конкрементов выше обычного УЗИ в несколько раз. При эндоскопическом исследовании особенно важна информация о состоянии зоны БДС. Выявление папиллита косвенно указывает на повреждение БДС, возможно, мигрировавшим через него конкрементом. Производится выявление вклиненного конкремента в просвет БДС; оцениваются проходимость БДС по факту поступления желчи в просвет двенадцатиперстной кишки и технические возможности выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ).

Одним из наиболее информативных методов диагностики ОХП является ЭРХПГ. При исследовании билиарной системы ЭРХПГ способна дать ценную информацию о состоянии фатерова соска, общего желчного протока, наличии конкрементов, стриктур и прочих факторов,

приводящих к нарушению желчеоттока. Одновременно метод позволяет определить изменения диаметра протоков ПЖ, их девиацию, наличие сужений или дилатаций, локализацию обструкций, обнаружить структурные изменения мелких протоков, интрадуктальные кальцинаты и «белковые пробки», нарушение опорожнения главного протока ПЖ.

Не вызывает сомнений ценность использования компьютерной томографии при диагностике ОХП.

К наиболее часто используемым методам в диагностике ОХП относится также интраоперационная холангиография, производимая с целью выявления холедохолитиаза и иных факторов, препятствующих нормальному желчеоттоку. Данные холангиографии используются с целью выбора дальнейшей лечебной тактики.

Несмотря на широкую распространенность сочетанного поражения ЖП и ПЖ, некоторые вопросы тактики лечения остаются нерешенными окончательно. В доступной нам литературе мы не обнаружили единого алгоритма лечения ОХП. Вместе с тем не вызывает сомнений, что успешное лечение ОХП основано на использовании адекватного сочетания хирургического и консервативного способов лечения. Лечебная тактика при данной патологии должна определяться особенностями сочетания патологических процессов в желчевыводящих путях и поджелудочной железе. Проблема лечения больных острым панкреатитом билиарного происхождения неразрывно связана с патогенетическим лечением больных желчнокаменной болезнью.

По мнению большинства авторов, срочное оперативное лечение показано при:

- выраженном перитоните;
- клинике деструктивного холецистита или панкреатита;
- безуспешности консервативной терапии или нарастании воспалительного процесса.

В остальных случаях проводят интенсивную консервативную терапию, как и при остром панкреатите. После затихания острых явлений производится тщательное обследование больного и операция в плановом порядке, если есть патология билиарной системы. Одним из обоснований указанного подхода является приводимое в литературе мнение о том, что экстренное широкое и радикальное вмешательство на желчных путях в условиях панкреатита чревато развитием опасных гнойных и полиорганных осложнений.

Наряду с указанным выше подходом к лечебной тактике при ОХП в литературе высказывается мнение о целесообразности более активного и раннего оперативного вмешательства. Указывается, что наличие ОХП

является показанием к срочному оперативному вмешательству, которое предпочтительно выполнять эндоскопически.

Таким образом, основной вопрос, который приходится решать при лечении больных с ОХП – это вопрос о сроках оперативного вмешательства, решение которого, несомненно, зависит от формы ОХП.

Объем и характер оперативного вмешательства при ОХП в каждом конкретном случае должен быть строго аргументированным - прежде всего фазой заболевания, патоморфологическими изменениями в ЖП и ПЖ, возможными осложнениями. Лечение ОХП может быть успешным только в том случае, если удаляется патологический очаг (ЖП, камни), создается свободный отток желчи.

По мнению С.И. Леоновича и соавт. (1998) при сочетании деструктивного панкреатита и острого холецистохолангита хирургическое лечение включает раннюю холецистэктомию с санацией и наружной декомпрессией билиарного тракта с целью купирования явлений острого холангита и предупреждения эндогенного билиарного инфицирования ПЖ.

Указывается, что раннее, в течение первых дней, восстановление проходимости желчных протоков и протока ПЖ с комбинированным (системным и местным) введением ингибиторов протеаз и антибиотиков, постоянным промыванием холедоха и сальниковой сумки, является эффективным способом лечения ОХП.

Холецистэктомия (ХЭ) рассматривается как патогенетический метод хирургического лечения ОХП. Однако, имеются данные, указывающие, что холецистэктомия в некоторых случаях увеличивает риск развития панкреатита из-за рубцового стенозирования конечного отрезка общего желчного протока. Характер оперативного вмешательства на ПЖ зависит от фазы патологического процесса в ней. Согласно мнению ряда авторов, манипуляции должны быть минимальными, радикальные операции на ПЖ при ОХП значительно повышают степень операционного риска. Широкое внедрение в 80-х гг. малоинвазивных и в 90-е гг. видеолапароскопических методов внесли существенные коррективы в хирургическую тактику при ОХП.

По мнению ряда авторов, основными элементами оперативного лечения ОХП являются: лапароскопическая холецистэктомия, дренирование общего желчного протока, дренирование брюшной полости с обязательным дренированием сальниковой сумки через Винслово отверстие или через желудочно – ободочную связку.

По сообщениям зарубежных авторов т.н. «золотым стандартом» в лечении острого панкреатита желчекаменной этиологии считается

ЭПСТ как первый этап лечения. Обоснованием указанной тактики служит микролитиаз, обнаруживаемый в 35% случаев. В ряде работ утверждается, что в группе пациентов с предполагаемым тяжелым течением острого билиарного панкреатита, при выполнении ЭРХГ и ЭПСТ отмечается снижение летальности. ЭПСТ считается сравнительно безопасной и приемлемой альтернативой холецистэктомии, направленной на предотвращение повторных атак панкреатита.

Помимо ЭПСТ, для удаления конкрементов из желчных протоков может использоваться и интраоперационная холедохолитотомия, производимая лапароскопически либо путем открытого вмешательства на протоке. Использование лапароскопической холедохотомии технически сложнее по сравнению с ЭПСТ, но такой вариант восстановления проходимости желчных путей позволяет сохранить сфинктерный аппарат БДС.

Учитывая ряд негативных моментов, связанных с ЭПСТ, в литературе высказывается достаточно сдержанное мнение в отношении данного метода. Так, некоторые авторы, предлагают считать наличие ОХП показанием к срочному оперативному вмешательству, которое предпочтительнее выполнять лапароскопически. При этом в условиях ОХП достаточным объемом оперативного пособия является холецистэктомия с декомпрессионным дренированием общего желчного протока. Вопрос о необходимости РХПГ с возможной ЭПСТ, по мнению указанных авторов, следует решать в плановом порядке после стихания острых воспалительных явлений, по результатам контрольной фистулографии.

С этим согласуется и высказанное в литературе, что, при необходимости, удаление конкрементов из дистальных отделов холедоха, коррекция морфологических изменений дистального отдела общего желчного протока может осуществляться в «холодном периоде».

Вопросы использования рассмотренных методов в лечении холедохолитиаза, провоцирующего ОХП, еще недостаточно изучены и однозначная оценка их эффективности, по-видимому, еще преждевременна. Авторы большинства работ отмечают значительное преимущество эндовидеохирургии перед традиционной лапаротомией при сочетанном поражении ЖП и ПЖ, обусловленное ее малой инвазивностью и широтой спектра доступной оперативной помощи.

В заключение можно сказать, что, несмотря на различия в тактике ведения больных с ОХП, различных методиках, применяемых при лечении указанной группы пациентов, все авторы сходятся во мнении по следующим моментам:

- залогом излечения больных с ОХП, особенно билиарной природы, является санация желчных путей, производимая в экстренном либо отсроченном порядке;
- наличие признаков билиарной гипертензии является прямым показанием к проведению декомпрессивных вмешательств, целью которых является предупреждение прогрессирования деструктивных изменений в ПЖ, и, т.о., улучшение прогноза заболевания;
- дальнейшие перспективы развития хирургии билиарно-панкреатической зоны, в т.ч. при ОХП, связаны, в частности, с более широким применением методов эндоскопической диагностики и малоинвазивной хирургии;
- в настоящее время отсутствует единый алгоритм лечения больных с ОХП, спорными остаются некоторые тактические вопросы, касающиеся как консервативного, так и хирургического их лечения.

Постхолецистэктомический синдром

Положительный результат оперативного лечения больных желчнокаменной болезнью в большинстве случаев определяют адекватным и своевременным выполнением операции. Он составляет 95-99%. Неудовлетворительные результаты холецистэктомии могут быть вызваны тремя основными группами причин:

1) сопутствующими изменениями со стороны желчных путей: оставленными («забытыми») конкременты, стенозирующим папиллитом, рубцовыми стриктурами общего желчного протока, длинной культей пузырного протока или даже частично неудаленным желчным пузырем, внешними желчными свищами.

Последняя группа причин связана с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта: хроническими гастритами, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, хронической дуоденальной непроходимостью, хроническими колитами, рефлюксом, эзофагитами и тому подобное; заболеваниями органов гепато-панкреато-дуоденальной зоны: хроническим гепатитом, панкреатитом, дискинезиями желчных путей, перихоледохальным лимфаденитом, какие часто могут быть следствием длительного течения желчнокаменной болезни;

2) органическими и являются истинными поздними осложнениями после операций по поводу желчнокаменной болезни (рис. 38).

Следовательно, сборный термин «постхолецистэктомический синдром» следует считать неправильным. В каждом конкретном случае неудовлетворительного результата оперативного лечения необходимо верифицировать ситуацию и определить конкретное заболевание. При

истинных поздних осложнениях операций на желчных путях, подтвержденных результатами специальных методов (УЗИ, компьютерной томографии, ретроградной панкреатохолангиографии), показанное повторное хирургическое лечение.

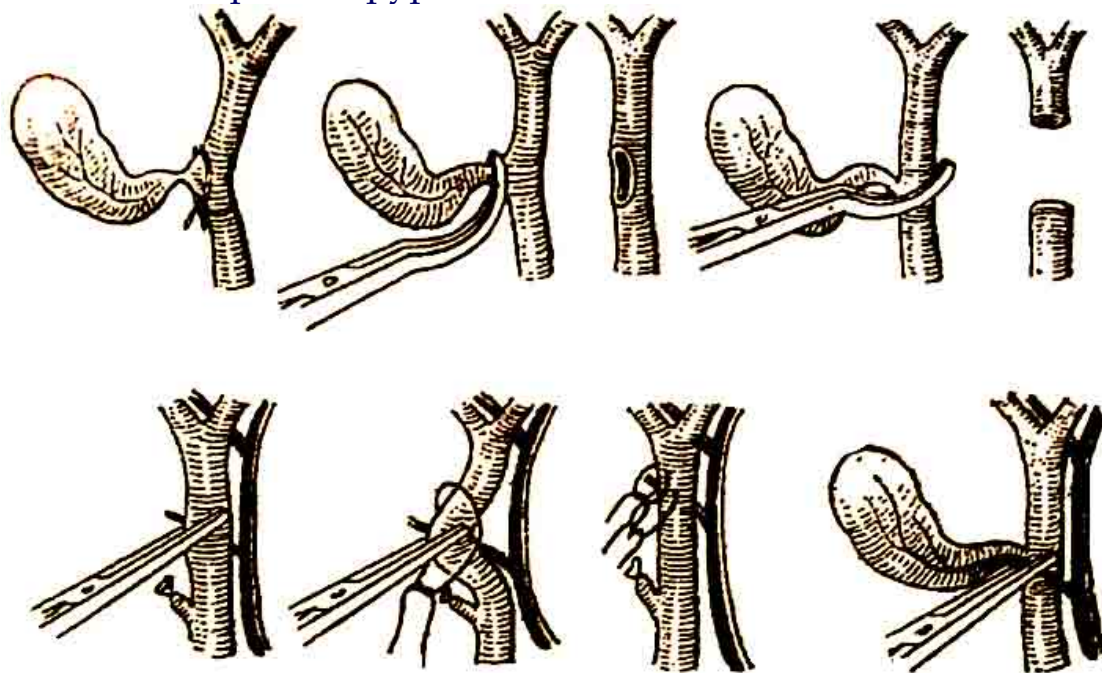


Рис. 38. Варианты ятрогенных повреждений при холецистэктомии.

Реабилитация и экспертиза нетрудоспособности

После холецистэктомий по поводу неосложненного хронического калькулезного холецистита на стационарном лечении больные находятся 5-7 суток. В дальнейшем до 3-4 недель лечения продолжают в дневном стационаре, амбулаторно. В этот период больных считают временно неработоспособными согласно с выводом ВКК. Она же определяет длительность ограничения работоспособности до 2 месяцев больным, профессия которых связана с тяжелым физическим трудом.

После операций по поводу осложненного хронического калькулезного холецистита длительность стационарного, (в дневном стационаре), амбулаторного лечения и, соответственно, длительность временной неработоспособности определяют по клиническим вариантам желчнокаменной болезни, выражением функциональных нарушений функций печени, поджелудочной железы, желчевыводящих путей, двенадцатиперстной кишки. В некоторых случаях возможная временная потеря работоспособности до 3-4 месяцев, что решается ЛКК, и, даже, инвалидизация пациентов (III-II группа на 6-12 месяцев) согласно с выводом ВТЭК. Такие больные подлежат диспансерному наблюдению у хирурга и гастроэнтеролога, санаторно-курортному лечению в профильных санаториях.

Глава 3. Острый панкреатит и его осложнения

Цель: Уметь диагностировать, знать клинические особенности течения и лечения острого панкреатита в зависимости от степени тяжести процесса, принципы и методы их консервативного и оперативного лечения.

Профессионал ориентация студентов. Острый панкреатит по частоте занимает третье место после острого аппендицита и холецистита и составляет, соответственно, приблизительно 7-12% всех заболеваний органов брюшной полости. На протяжении последних лет, не смотря на усовершенствование хирургической техники, улучшение диагностических возможностей (УЗИ, КТ), внедрения лапароскопических, эндоскопических хирургических технологий, послеоперационная летальность составляет от 7,2% до 16,4% при остром панкреатите, а при деструктивных формах его – около 43%.

Конечный уровень знаний и умений проверяется путем развязывания ситуационных задач по каждой теме, ответами на тесты и конструктивные вопросы (наличие комплектов тестов и ситуационных задач с преподавателем).

Методика выполнения практической работы.

Алгоритм общения студентов с пациентами с любой патологией, которая рассматривается по теме (коммуникативные навыки):

1. Поздороваться и назвать себя.
2. На лице должна быть приветливая улыбка - это позволяет установить к вам доверительное отношение со стороны пациента.
3. Пациенту в приятной форме следует объяснить цель визита, тему и длительность беседы и получить его согласие.
4. Если пациент только поступает в стационар провести корректную и спокойную беседу с его родственниками, в которой вместе с лечащим врачом сообщить им о предварительном диагнозе, цели госпитализации, проведения определенных обследований, которые планируются для выполнения в будущем.
5. Перед проведением физикальных методов обследования объяснить пациенту какое обследование будет выполнено, указать на определенные неприятные ощущения и дискомфорт, которые может почувствовать пациент во время этого обследования, отметить обязательность этого обследования в диагностике данного заболевания и получить его согласие.

6. При необходимости транспортировки к месту обследования (обзорная комната, эндоскопическое отделение, рентген кабинет, УЗИ-кабинет) объяснить ее необходимость пациенту.
7. Подготовиться к проведению обследования (для данных патологий имеется в виду пальпация, перкуссия, аускультация живота для диагностики патогномонических симптомов, эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с целью дифференциальной диагностики, УЗИ органов брюшной полости) – помыть руки теплой водой, надеть перчатки.
8. Провести то или другое запланированное обследование или лечебную манипуляцию.
9. Вместе с лечащим врачом в корректной и доступной для понимания пациентом форме объяснить результаты того или другого обследования.
10. Привлечь близких пациента к беседе и в доступной форме объяснить им результаты данных обследований а при наличии предыдущих обследований сравнить их результаты, обязательно выяснив понятны ли для них ваши объяснения.
11. Обязательно только в присутствии лечащего врача обосновывать целесообразность оперативного вмешательства для лечения данной патологии у курированного больного.
12. После проведения хирургического лечения только в присутствии лечащего врача и при его согласии следует сообщить результаты оперативного вмешательства больному и его родственникам а также о возможности возникновения тех или иных ранних или отдаленных послеоперационных осложнений.
13. При условиях обследования больного в послеоперационном периоде следует объяснить пациенту как верно выполнять гигиенические процедуры и тому подобное.
14. В вежливой форме получить согласие пациента на участие в перевязке.
15. Вместе с лечащим врачом объяснить пациенту, а при потребности и ближайшим родственникам, те или другие действия относительно манипуляций, которые выполнены или планируются выполняться в будущем а также тактику последующего лечения.
16. Завершить беседу следует обязательно с пожеланием пациенту самого быстрого выздоровления.

Студенты самостоятельно обследуют больных разными формами острого панкреатита, знакомятся с методами диагностики, медицинской документацией, обосновывают диагноз и методы лечения, анализируют обзорные рентгенограммы органов брюшной полости, холецистограммы, данные общеклинических методов обследования и

УЗИ органов брюшной полости, проводят дифференциальную диагностику с ургентной патологией органов брюшной полости.

Программа самоподготовки студентов

Для практического занятия

1. Какие клинические симптомы острого панкреатита?
2. С какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Классификация острого панкреатита (отечная форма, жировой панкреонекроз, геморрагический панкреонекроз).
4. Константы биохимического анализа крови (амилаза, креатинин, мочевины).
5. Принципы консервативного лечения острого панкреатита.
6. Показания к операции и типы оперативных вмешательств при разных формах острого панкреатита.
7. Панкреатоабдоминальный, панкреатосупраренальный, панкреатокардиоваскулярный, панкреатопульмональный и панкреатоцеребральные синдромы.

Студент должен знать:

1. Классификацию острого панкреатита.
2. Клинические синдромы острого панкреатита.
3. Периоды протекания острого панкреатита (по Савельеву В.С.).
4. Осложнения острого панкреатита.
5. Клинико-диагностическую программу при остром панкреатите.
6. Методы консервативного лечения острого панкреатита.
7. Виды оперативных вмешательств при остром панкреатите.
8. Тактику лечения отечной формы острого панкреатита.
9. Тактику лечения жирового панкреонекроза.
10. Тактику лечения геморрагического панкреонекроза.
11. Тактику лечения билиарного панкреатита.
12. Дифференциальную диагностику острого панкреатита с перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки.
13. Дифференциальную диагностику острого панкреатита с острой кишечной непроходимостью.

Студент должен уметь:

1. Выявить главные варианты протекания острого панкреатита
2. Провести дифференциальный диагноз
3. Обосновать и сформулировать клинический диагноз
4. Обосновать медикаментозное лечение и показания к оперативному вмешательству

Введение

Острый панкреатит - острое асептическое воспаление поджелудочной железы, в основе которого лежат процессы некробиоза панкреоцитов и ферментной аутоагрессии с последующим развитием некрозу, дегенерации железы, присоединениям вторичной инфекции.

Среди основных форм острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острые панкреатиты занимают третье место (12%) после острого аппендицита (58%) и острого холецистита (20%). Женщины болеют в три-четыре раза чаще, чем мужчины, преимущественно в возрасте 30-60 лет. Общая летальность при остром панкреатите составляет от 15 до 23%, чаще при деструктивных осложнениях

Хирургическая анатомия поджелудочной железы

Поджелудочная железа, pancreas, располагается забрюшинно в верхнем отделе брюшной полости. Длина ее 14-18 см, ширина в области головки 5-8 см, в средней части - 3,5-5 см, толщина - 2-3 см.

Железа подразделяется на головку, caput pancreatis, расширенную часть, лежащую справа от позвоночника, тело, corpus pancreatis, и хвост, cauda pancreatis, суживающийся в направлении селезенки (рис. 1).

Головка железы уплощена; в ней различают переднюю и заднюю поверхности, facies anterior et posterior. У нижнего края головки располагается крючковидный отросток, processus uncinatus, длиной 2-5 см, шириной 3-4 см. Форма отростка непостоянна, чаще всего клиновидная или серповидная.

На границе между головкой и телом имеется борозда, incisura pancreatis, в которой проходят верхние брыжеечные сосуды.

Тело железы имеет призматическую форму, поэтому в нем различают три поверхности: переднюю, facies anterior, заднюю, facies posterior, и нижнюю, facies inferior. Поверхности отделены друг от друга верхним, передним и нижним краями, margo superior, anterior et inferior. Нередко тело железы уплощено, и тогда имеется только две поверхности (передняя и задняя) и два края (верхний и нижний).

Поджелудочная железа прилежит к позвоночному столбу и крупным сосудам забрюшинного пространства; тело ее несколько выступает в вентральном направлении, образуя сальниковый бугор.

Форма поджелудочной железы переменна. Различают углообразную, ланцетовидную, молотообразную, кольцевидную и другие формы. При редко встречающейся кольцевидной форме ткань поджелудочной железы в виде обруча охватывает нисходящую часть двенадцатиперстной кишки, что может приводить к нарушению проходимости последней.

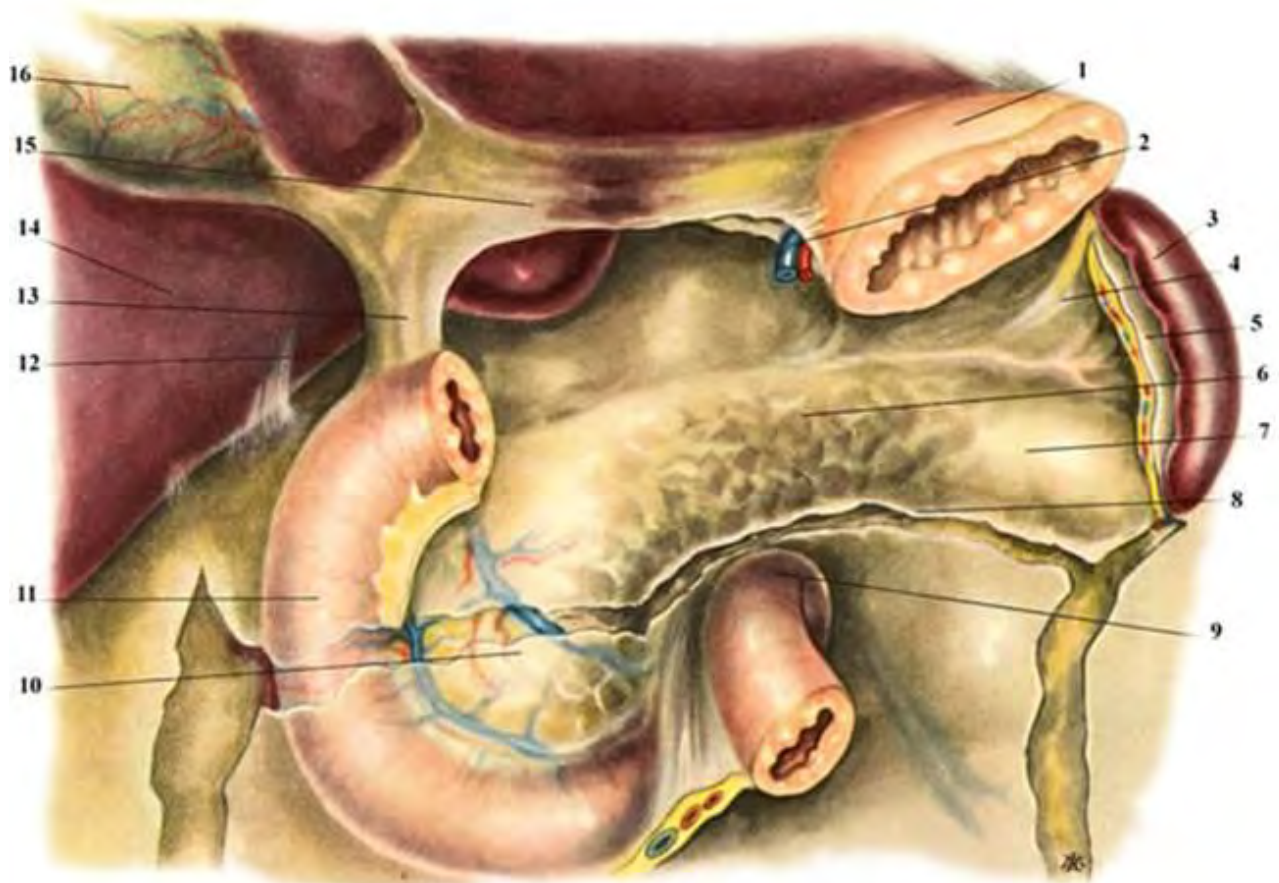


Рис. 1. Положение поджелудочной железы в брюшной полости. 1 - ventriculus; 2 - a. et v. gastrica sinistra; 3 - lien; 4 - lig. phrenicolienale; 5 - lig. gastro-lienale; 6 - corpus pancreatis; 7 - cauda pancreatis; 8 - место прикрепления mesocolon transversum; 9 - flexura duodenojejunalis; 10 - caput pancreatis; 11 - duodenum; 12 - foramen epiploicum; 13 - lig. hepatoduodenale; 14 - hepar; 15 - lig. hepatogastricum; 16 - vesica fellea.

Передняя поверхность железы покрыта брюшиной и соприкасается с задней стенкой желудка, от которого она отделена узкой щелью - полостью сальниковой сумки. Задняя поверхность прилежит к забрюшинной клетчатке, органам и крупным сосудистым стволам, расположенным в ней.

Хвост железы спереди прилежит ко дну желудка и сзади покрывает почечные сосуды, частично левую почку и левый надпочечник, слева он соприкасается с воротами селезенки. Над верхним краем его располагаются селезеночные сосуды, которые здесь чаще делятся на две-три крупные ветви, направляющиеся к воротам селезенки; вдоль нижнего края, как и в области тела железы, проходит корень брыжейки поперечной ободочной кишки (рис. 2).

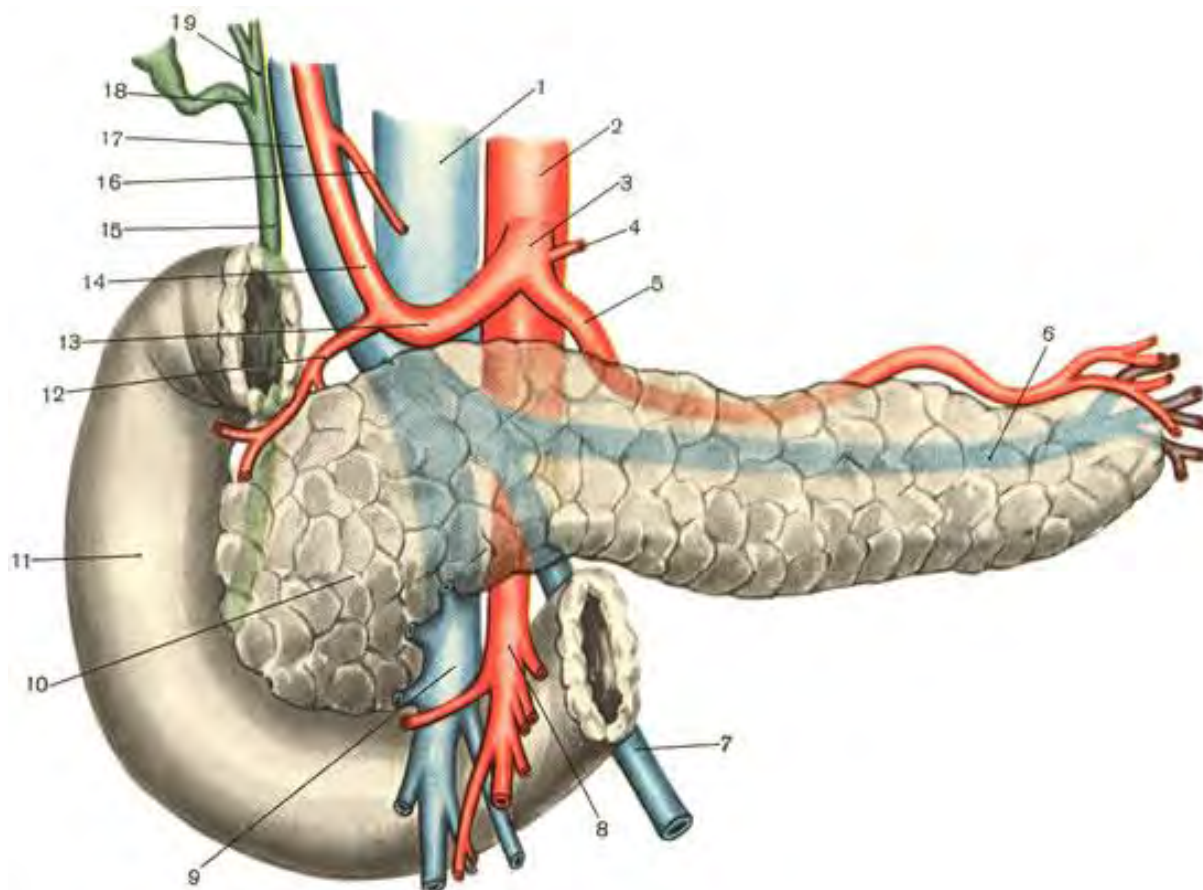


Рис. 2. Взаимоотношение поджелудочной железы с двенадцатиперстной кишкой, общим желчным протоком, воротной и нижней полой венами, брюшной аортой и ее ветвями. 1 - v. cava inferior; 2 - aorta abdominalis; 3 - truncus coeliacus; 4 - a. gastrica sinistra; 5 - a. lienalis; 6 - v. lienalis; 7 - v. mesenterica inferior; 8 - a. mesenterica superior; 9 - v. mesenterica superior; 10 - caput pancreatis; 11 - duodenum; 12 - a. gastroduodenalis; 13 - a. hepatica communis; 14 - a. hepatica propria; 15 - ductus choledochus; 16 - a. gastrica dextra; 17 - v. portae; 18 - ductus cysticus; 19 - ductus hepaticus communis.

Проток поджелудочной железы, ductus pancreaticus, проходит вдоль всей железы, ближе к задней поверхности ее, и открывается на слизистой оболочке нисходящей части двенадцатиперстной кишки совместно с общим желчным протоком на большом сосочке. Реже проток поджелудочной железы открывается в двенадцатиперстную кишку самостоятельно, при этом место впадения его располагается ниже устья общего желчного протока. Часто наблюдается добавочный проток поджелудочной железы, который ответвляется от основного протока и открывается на слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки несколько (примерно на 2 см) выше главного протока на papilla duodeni minor (рис. 3).

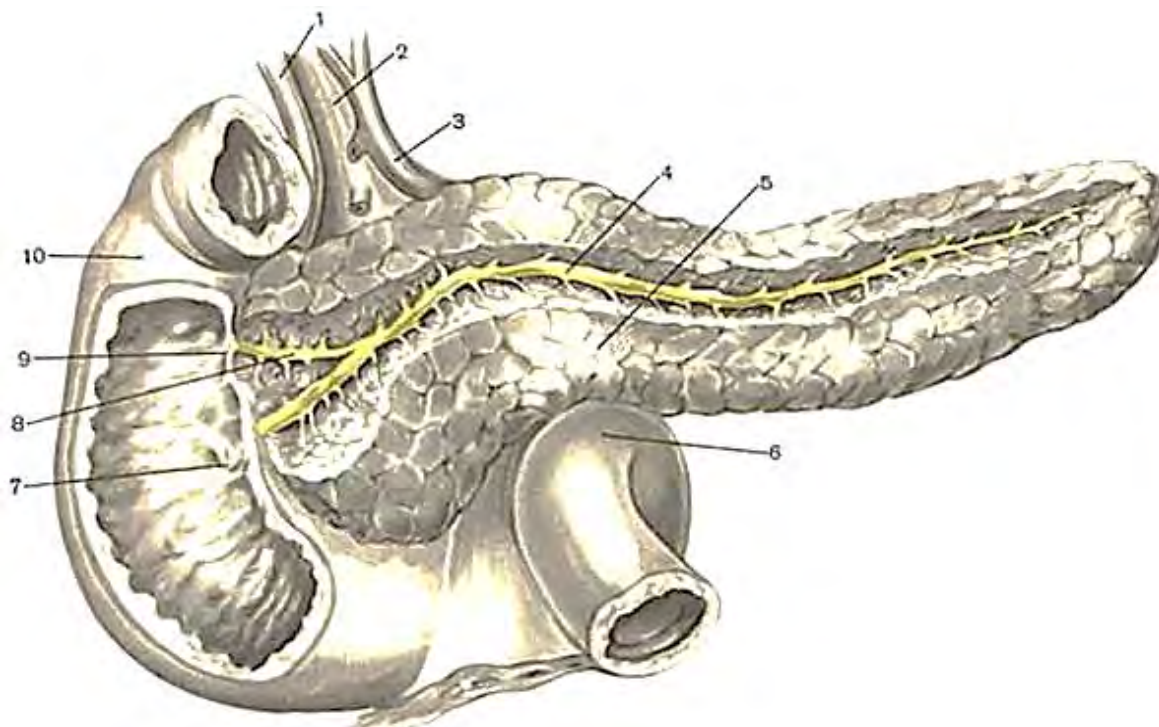


Рис. 3. Выводные протоки поджелудочной железы и места впадения их в двенадцатиперстную кишку. 1 - ductus choledochus; 2 - v. portae; 3 - a. hepatica communis; 4 - ductus pancreaticus; 5 - pancreas; 6 - flexura duodeno-jejunalis; 7 - papilla duodeni major; 8 - ductus pancreaticus accessorius; 9 - papilla duodeni minor; 10 - duodenum.

Кровоснабжение. Артерии поджелудочной железы являются ветвями печеночной, селезеночной и верхней брыжеечной артерий. Кровоснабжение головки поджелудочной железы в основном осуществляется четырьмя поджелудочно-двенадцатиперстными артериями: верхней передней, верхней задней, нижней передней и нижней задней (рис. 4, 5.).

Этиология и патогенез

Факторы, которые определяют болезнь:

1. **Нейрогуморальные** – нарушения жирового обмена, системные заболевания сосудов, функциональные заболевания желудка, вторичные нарушения кровообращения в поджелудочной железе, заболевания печени, сердца, беременность, роды.

2. **Токсикоаллергические** – пищевая и медикаментозная аллергия, алкоголизм, различные отравления, очаги острой и хронической инфекций.

Факторы, которые влекут болезнь:

1. Дуктогенные - (48%):

а) дуоденобилиарные факторы (желчнокаменная болезнь, дуоденостаз, первичная и вторичная дуоденопапилиты, постхолецистэктомический синдром) – 25%;

2. Острый холецистит – 10%.

3. Контактные (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной

4. Сосудистые (окклюзия панкреатических артерий, вен, портальная

5. Посттравматические (травмы железы, открытые и закрытые,

6. Криптогенные (заболевания, которые снижают защитные силы

7. Осложнение других заболеваний и сопутствующей патологии

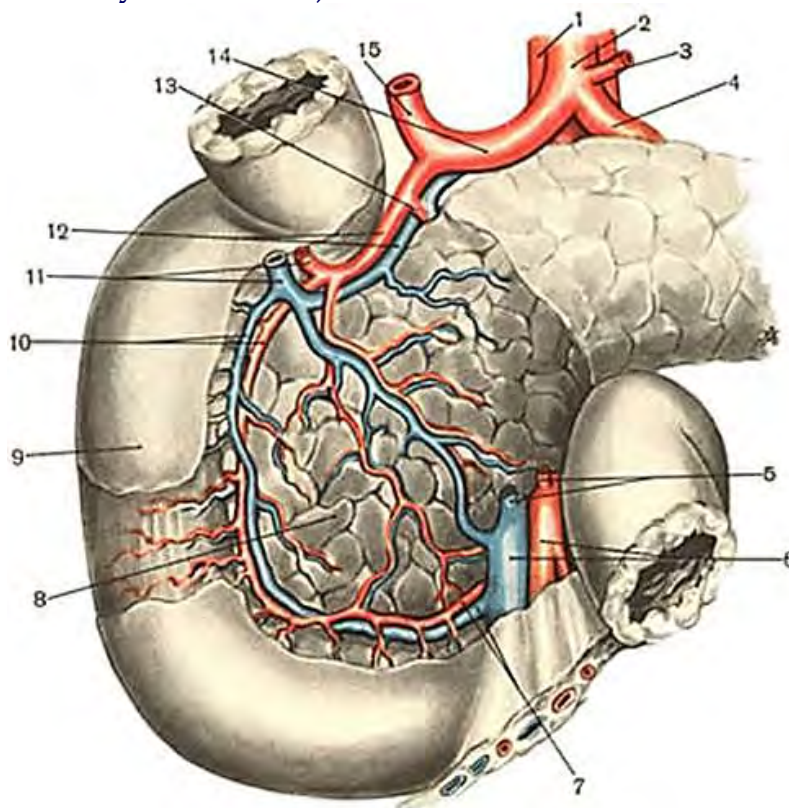


Рис. 4. Кровоснабжение головки поджелудочной железы (вид спереди). 1 - aorta abdominalis; 2 - truncus coeliacus; 3 - a. gastrica sinistra; 4 - a. lienalis; 5 - a. et v. colica media; 6 - a. et v. mesenterica superior; 7 - a. et v. pancreaticoduodenalis inferior anterior; 8 - caput pancreatis; 9 - duodenum; 10 - a. et v. pancreaticoduodenalis superior anterior; 11 - a. et v. gastroepiploica dextra; 12 - a. et v. gastroduodenalis; 13 - a. et v. pancreaticoduodenalis superior posterior; 14 - a. hepatica communis; 15 - a. hepatica propria.

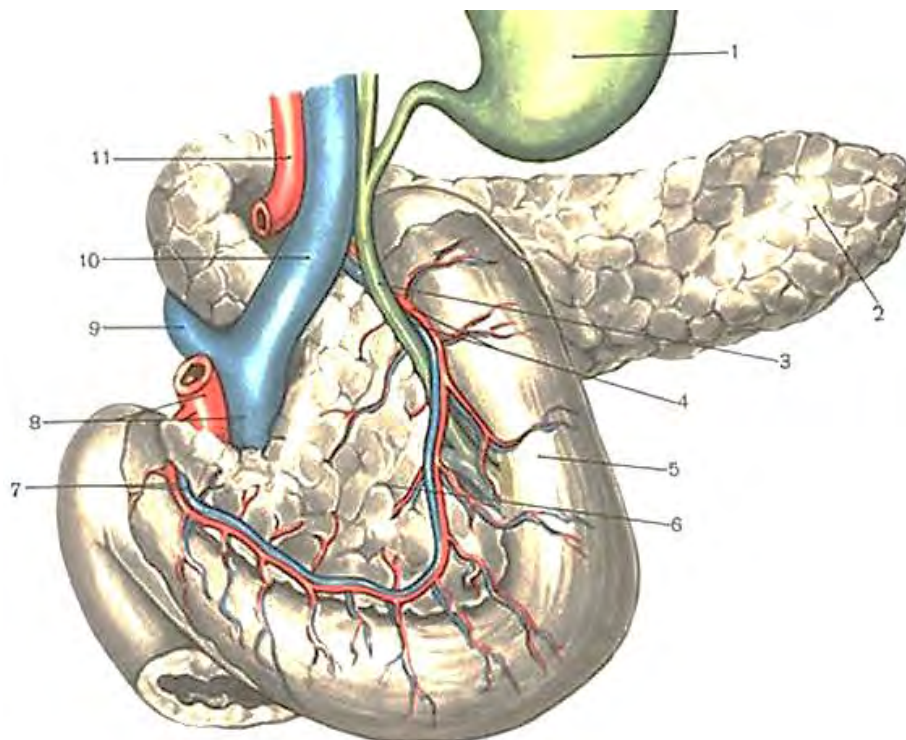


Рис. 5. Кровоснабжение головки поджелудочной железы (вид сзади).
1 - vesica fellea; 2 - cauda pancreatis; 3 - ductus choledochus; 4 - a. et v. pancreaticoduodenalis superior posterior; 5 - duodenum; 6 - caput pancreatis; 7 - a. et v. pancreaticoduodenalis inferior posterior; 8 - a. et v. me-senterica superior; 9 - v. lienalis; 10 - v. portae; 11 - a. hepatica communis.

Соединенное действие трех действующих факторов: аутосенсibilизация тканевыми антигенами, нарушения внутриорганного капиллярного кровообращения и изменения сверточной системы крови составляют патогенетическую основу острого панкреатита.

Нарушение внутриорганной гемодинамики и развитие иммунологических реакций сопровождается активацией и выходом в интерстициальную ткань внутриклеточных ферментов. С этого момента до повреждающего действия гипоксии и ацидоза присоединяется самопереваривание железы под воздействием собственных ферментов. Большого значения предоставляется активаторам свертывающей системы крови и липолитическим ферментам, в частности фосфолипазе А.

Пусковым механизмом болезни служит причина, которая вызывает повреждение ацинозных кист поджелудочной железы. В результате повреждения из клеток выделяется активное вещество - цитокиназа, которая активирует трипсиноген превращая его в трипсин. Активный трипсин активирует калликреиноген, химотрипсиноген, проэластазу, прокарпоксипептидазу - таким образом, возлагает начало

аутокаталитического процесса в железе, самоактивированию ее ферментов с следующим выходом активных ферментов в кровь и развитием клинической картины острого панкреатита.

Выход протеолитических и липолитических ферментов поджелудочной железы в кровь вызывает активацию каликреинкининовой системы, которая сопровождается снижением тонуса и нарушениям проницаемости сосудов, выходом плазмы крови за пределы сосудистого русла и, как следствие, сердечно-сосудистой и почечной недостаточностью, отеком легких, головного мозга, то есть полиорганной недостаточностью.

Международная классификация острого панкреатита (Атланта,1992).

I. Острый панкреатит:

- а) легкий;
- б) тяжелый.

II. Острое накопление жидкости (в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке) – острый интерстициальный панкреатит.

III. Панкреонекроз:

- а) стерильный;
- б) инфицированный.

IV. Панкреатическая ненастоящая киста.

V. Панкреатический абсцесс.

1. Клинико-анатомические формы:

- а) отечный панкреатит (абортивный панкреонекроз);
- б) жировой панкреонекроз;
- в) геморрагический панкреонекроз.

2. Распространение некроза:

- а) локальное поражение железы;
- б) субтотальное поражение железы;
- в) тотальное поражение железы.

3. Течение:

- а) абортивное;
- б) прогрессирующие.

4. Периоды заболевания:

- а) период гемодинамических нарушений и панкреатогенного шока;
- б) период функциональной недостаточности паренхиматозных органов;
- в) период дистрофичных и гнойных осложнений.

Клиническая симптоматика

Больных тревожит боль в эпигастральном участке, который возникает в 100% случаев и отмечается высокой интенсивностью, чаще всего имеет опоясывающий характер и разнообразной иррадиацией. (подреберные участки, поясницу, межлопаточное пространство). Появляются тошнота, многократная рвота, после которой не наступает облегчения. Боль локализуется в эпигастрии и левом подреберье. Больные жалуются на задержку опорожнений и газов, возможное коллаптоидное состояние.

Предшествуют развитию болезни огрехи в диете, избыточное принятие алкоголя, заболевания желчных путей.

При осмотре можно отметить субиктеричность склер и положительные симптомы: Мондора - (фиолетовые пятна на коже лица и туловища); Грея-Тернера - (цианоз боковых поверхностей живота и туловища рис. 6); Холстеда - (цианоз кожи живота); Куллена - (желтушность вокруг пупка рис. 7); Бонде - вздутие живота только в эпигастральном участке.

Пальпаторно определяется снижение или отсутствие пульсации брюшной аорты (симптом Воскресенского), болезненность в точках Де-Жардена, Преяони и положительные симптомы: Керте - глубокая болезненность и стойкое напряжение мышц в эпигастрии с переходом на левое подреберье; Мейо-Робсона - болезненность в левом реберно-позвоночном углу.

При перкуссии отмечается метеоризм, а при аускультации ослабление или отсутствие кишечных шумов.

В диагностике острого панкреатита важное значение имеют клинические проявления панкреатогенной токсемии, наиболее постоянными симптомами которой являются: изменение цвета кожных покровов, сухость языка, тахикардия, нарушение функции почек, лимфоцитопения.



Рис. 6. Симптом Грея-Тернера.



Рис. 7. Симптом Куллена - (Th. S. Cullen, 1868-1953, американский хирург) - ограниченный цианоз кожи вокруг пупка; может наблюдаться при остром панкреатите, а также при кровоизлияниях в брюшную полость.

Различают легкую, среднюю и тяжелую степени токсемии, критериями которой являются клинические симптомы, данные некоторых методов специального исследования, которые характеризуют реологические свойства крови и уровень агрегации эритроцитов.

Легкой степени свойственны бледность кожных покровов, умеренная тахикардия с опережением температуры на 10-20 ударов в минуту. Возникают сухость языка, относительная гипертензия, уменьшение диуреза, умеренная лимфоцитопения. Реологические свойства крови не нарушены.

При токсемии средней степени наблюдают гиперемию лица, иногда с желтушным оттенком, повышенную сухость кожи, умеренную одышку, несоответствие температуры тела и частоты сердечных сокращений. Частота пульса опережает температуру, появляются гипотония, олигоурия, заторможенность или эйфория, умеренная агрегация эритроцитов, лимфоцитопения, сладж-синдром.

Для токсемии тяжелой степени характерны: акроцианоз, сосудистые пятна или мраморный оттенок кожи, повышены ее влажность, сухой язык, выраженная одышка, тахикардия до 120 и больше ударов за минуту, гипотензия, коллапс, анурия, гематурия, тяжелые нарушения в сверточной системе крови.

На основе патофизиологических изменений в организме прогрессирующий панкреонекроз можно разделить на три четко отмежеванных периода:

- Гемодинамических нарушений и панкреатогенного шока (1-3 сутки).
- Функциональной недостаточности паренхиматозных органов (3-7 суток).
- Органических (местных абдоминальных) осложнений (свыше 7 суток).

Первый период характеризуется резко выраженным болевым синдромом и изменениями гемодинамики (брадикардией, колебаниями АО). Почти в 42% больных возникает нормокардия. По мере развития деструктивного процесса развивается тахикардия. АД изменяется неоднотипно - повышается, или снижается. В 20% больных развивается панкреатогенный шок, при котором состояние тяжелое, кожные покровы холодные, влажные, бледные, часто пятнистые, мраморного цвета. Возникают акроцианоз, частое дыхание, нитевидный пульс, гипотензия с резким уменьшением пульсового давления, изменения ЭКГ за ишемическим типом. Во многих больных возможно нарушение психики: психомоторное возбуждение, галлюцинации, делирий.

Период функциональной недостаточности органов проявляется в основном нарушением функций жизненно важных органов, в связи с чем различают основные плеврисцеральные синдромы острого панкреатита.

Абдоминальный синдром включает ряд общих и местных симптомов: сильная боль в эпигастрии, динамическая кишечная непроходимость, тошнота, рвота, сухость в роте, иктеричность кожных покровов, которую может повлечь не только нарушение оттока желчи в двенадцатиперстную кишку, но и токсичный гепатит. Нередко возникает рвота “кофейной гущей”, что предопределенно образованием эрозий в желудке и кровотечением с них. Местная картина при исследовании живота может быть полиморфной: от абсолютно мягкого живота к напряжению мышц и признакам перитонита.

Панкреатокардиоваскулярный синдром может проявляться болью за грудинный, резким ослаблением тонов сердца, тахикардией, расширением границ сердечной тупости и изменениями на ЭКГ (снижением вольтажа желудочкового комплекса, смещением сегмента ST, инверсией зубца Т, изменениями вольтажа, расщеплением, и тому подобное). Изменения на ЭКГ при этом имеют рефлекторный характер, быстро проходят после купирования болевого синдрома.

Панкреатоплевральный синдром возникает в 50% больных и характеризуется различной степени изменениями со стороны легких и

плевры: высоким стоянием диафрагмы и ограничением ее подвижной, наличием дискообразных ателектазов в нижних отделах легких, плевральным потовыделением и пневмонией.

Панкреатосупраренальный синдром тесно связан с сосудистыми нарушениями. Нарушаются функции коры надпочечников, по большей части они снижаются, что проявляется гипотонией, коллапсом, адинамией, гипотермией, гиперкалиемией, лимфопенией и нейтрофилезом.

Панкреаторенальный синдром проявляется нарушениями функции почек, которые условно разделяют на три формы: легкую, среднюю и тяжелую. Для легкой степени, кроме общих симптомов, характерны альбуминурия, незначительная олигоурия на протяжении двух-трех суток. При средней степени в моче обнаруживают микрогематурию, цилиндрурию, снижение удельной плотности мочи, более выраженную олигурию. Тяжелая форма характеризуется анурией, азотемией. В результате некроза кортикального слоя почек возникают анурия, уремия, которые часто являются необратимыми.

Панкреатоцеребральный синдром характеризуется нарушениями психики: возбуждением, страхом, делирием, депрессией, заторможенностью, отсутствием сознания.

Панкреатопеченочный синдром. Развивается тяжелый, токсичный гепатит, который часто переходит в острую дистрофию печени. Признаками печеночной гепатаргии являются психические нарушения, сухость кожных покровов, иктеричность кожи, тахикардия, стойкая гипотония, увеличение или уменьшение печени, кровотечения, тромбоцитопения, билирубинемия, глюкозурия, гипопротеинемия.

Третий период характеризуется развитием местных постнекротических процессов. Они могут перебегать асептически с образованием парапанкреатического инфильтрата или формированиям ненастоящей кисты или же с присоединением инфекции, когда образуются флегмоны забрюшинного пространства, внутрибрюшные абсцессы, свищи, возможные аррозивные кровотечения.

Осложнения острого панкреатита разделяют на ранние и поздние.

Ранние осложнения предопределены генерализированным действием панкреатических ферментов, биологически активных аминов и других вазоактивных веществ. К ним относят шок, ферментативный разлитый перитонит, острую печеночно-почечную недостаточность, ранние острые язвы и желудочно-кишечные кровотечения, желтуху, пневмонию, тромбозы сосудов, психозы интоксикационного характера.

Поздние осложнения возникают на 10-12 сутки заболевания и предопределены присоединением инфекции. Среди них выделяют

гнойный панкреатит и парапанкреатит, флегмону забрюшинной клетчатки, абсцессы брюшной полости, свищи поджелудочной железы, аррозивные кровотечения, желудочно-кишечные кровотечения, пилефлебит, сепсис, кисты поджелудочной железы.

Шок возникает при тяжелом течении панкреатита с развитием широкого некроза железы. Он характеризуется резким болевым синдромом, бледностью кожных покровов, акроцианозом, ускоренным поверхностным дыханием, тахикардией, которая не отвечает температуре. ОЦК и ЦВД резко снижены. На ЭКГ - ишемические изменения в миокарде. Диурез снижен. Выраженное психомоторное возбуждение.

Печеночно-почечная недостаточность. Характерные признаки: заторможенное состояние больных, сухость кожи, желтуха, тахикардия, повышение АД, увеличение печени, олигурия, анурия. В крови - анемия, тромбоцитопения, гипербилирубинемия, гипергликемия, гипоальбуминемия. В моче - протеинурия, снижение удельной густоты, микрогематурия, гиалиновые цилиндры.

Плеврорегочные осложнения возникают в $\frac{1}{3}$ больных панкреонекрозом. Чаще всего это левосторонние плевриты и пневмонии, которые приводят к дыхательной недостаточности: затрудненного частого поверхностного дыхания, одышки, акроцианоза. Появляются боль в грудной клетке, притупление легочного звука, тупость, послабление дыхания, хрипы. Рентгенологически - наличие плеврального экссудата и очаговых инфильтративных затемнений в легких.

Интоксикационный психоз возникает на 2-3 сутки от начала заболевания по большей части у лиц, которые злоупотребляли алкоголем. Больные дезориентированы в пространстве, появляются словесное возбуждение, галлюцинации, гипертермия.

Гнойные осложнения в большинстве случаев характеризуются развитием резорбтивной лихорадки, сначала перемежающейся, а затем септической. Температурная реакция сопровождается лихорадкой, тахикардией, потливостью. Местная симптоматика может быть незначительной, у некоторых больных обнаруживают инфильтрат. Анализ крови: высокий нейтрофильный лейкоцитоз, появление юных форм и миелоцитов, токсичной зернистости нейтрофилов. Характер других висцеральных осложнений определяет их клинические проявления.

Лабораторные и инструментальные методы диагностики

Обязательные лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи.
2. Сахар крови.
3. Амилаза мочи.
4. Группа крови и фактор резуса.
5. Биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, ЛФ, тимоловая проба, электролиты, мочевины, белок креатинин, мочевины).
6. Белок и белковые фракции.
7. Коагулограмма.
8. Средние молекулы.
9. Биохимический, бактериологический, цитологический анализ экссудата с плевральной полости и брюшной полости (если проводилась плевральная пункция или лапароцентез)

Обязательные инструментальные исследования:

1. Обзорная рентгенография органов брюшной полости.
2. Рентгенография органов грудной полости.
3. УЗИ органов брюшной полости.

Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования:

1. Имунограмма.
2. Прокальцитонин.
3. Церулоплазмин.
4. Амилаза, липаза крови.
5. ЭФГДС
6. ЭРПХГ
7. КТ с контрастным усилением.

В крови – гипокальциемия, гиповолемия, гипопротеинемия с уменьшением количества альбуминов, гипергликемия, повышение гематокрита, эритроцитоз, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, гиперхолестеринемия, повышение уровня амилазы, гиперкоагуляция.

В моче – повышение диастаза, который при деструктивных формах может снижаться или быть в пределах нормы; появление гиалиновых цилиндров, белка.

Лапароскопия базируется на выявлении прямых (геморрагический экссудат в брюшной полости, геморрагическая пропитка забрюшинной клетчатки, пятна жирового некроза, отек круглой связки печени) и непрямых признаков (оттеснение желудка к передней брюшной стенке,

выбухание желудочно-ободочной связки, парез желудка и толстой кишки, застойный желчный пузырь и тому подобное).(рис. 8), (рис. 9)

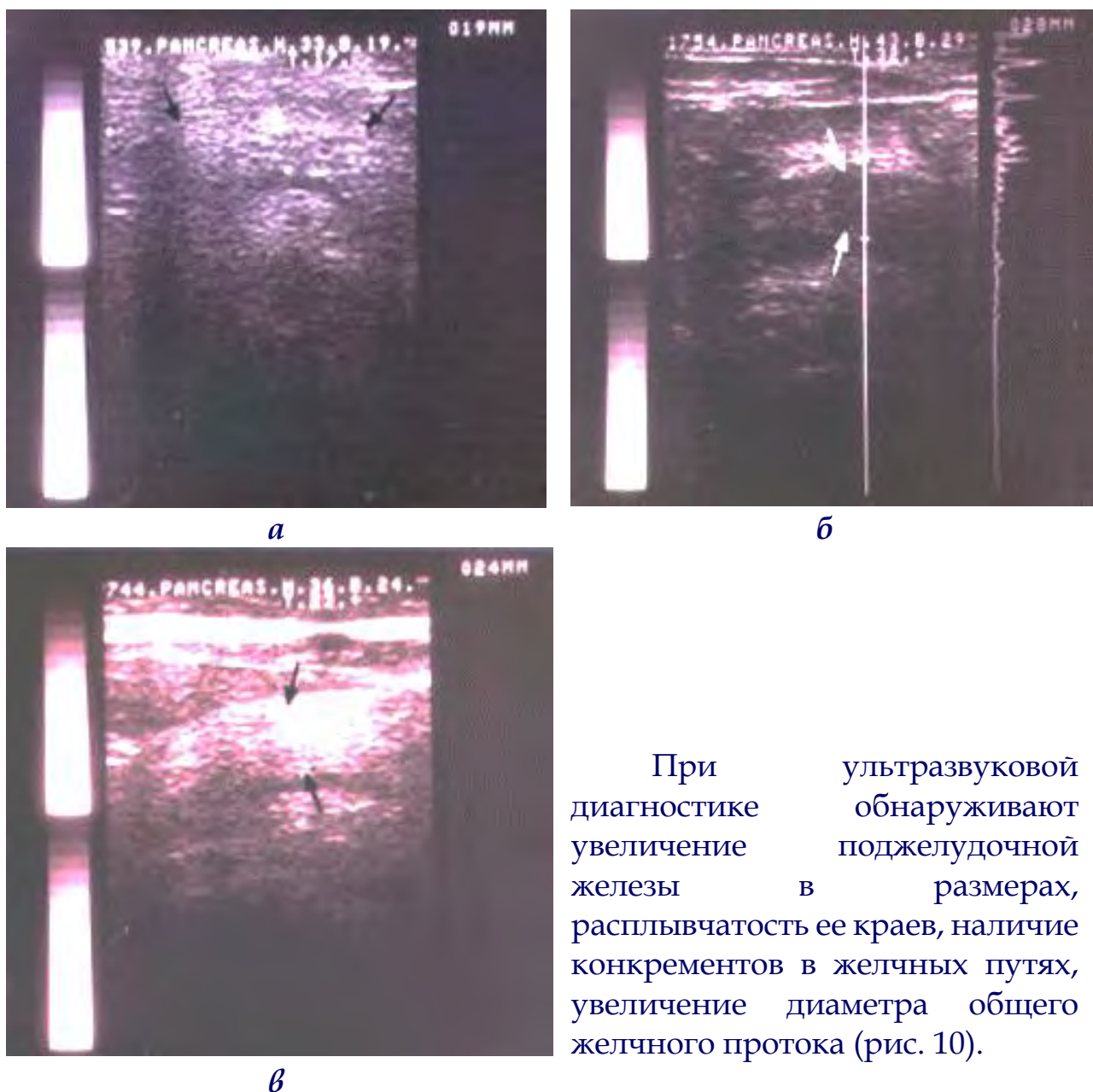


Рис. 8. Лапароскопия. Отечный панкреатит. Увеличенный застойный желчный пузырь без признаков воспаления. (Эндоскопическая картина).



Рис. 9. Лапароскопия. Обширные поля жирового некроза большого сальника (эндоскопическая картина).

Обзорная рентгенография органов брюшной полости, а при необходимости и грудной клетки, обнаруживает не прямые признаки заболевания, которые появляются через 5-6 часов от начала заболевания. К ним относят: высокое стояние и ограниченная подвижность диафрагмы, в брюшной полости имеющиеся мелкие пневматизированные тонкокишечные арки на уровне тел 2-3 поясничных позвонков (симптом очередной петли), регионарный спазм поперечноободочной кишки при выраженном раздутии сгибов ободочной кишки (симптом вырезанной кишки), горизонтальный уровень жидкости в проекции двенадцатиперстной кишки, оттискание желудка вверх и вправо. При некрозе железы на обзорных снимках можно увидеть мелкие пузырьки газа, расположенные цепью или в виде скопления в проекции железы.



При ультразвуковой диагностике обнаруживают увеличение поджелудочной железы в размерах, расплывчатость ее краев, наличие конкрементов в желчных путях, увеличение диаметра общего желчного протока (рис. 10).

Рис. 10. Сонограмма. А. Отечный панкреатит (нечеткость контуров железы). Б. Геморрагический панкреонекроз. В. Жировой панкреонекроз.

В ангиографической диагностике наиболее характерными симптомами является задержка контрастного вещества в артериях поджелудочной железы, нарушение артериального кровотока в селезеночной, желудочно-двенадцатиперстных артериях, наличие “немых зон”. (рис. 11).



Рис. 11. Целиакограмма. Жировой некроз головки и тела поджелудочной железы. Артериальная фаза: отсутствие сосудов в зоне головки и тела железы (Обрыв желудочно-двенадцатиперстной артерии).

При фиброгастродуоденоскопии наблюдают утолщение стенки желудка, ее деформацию, также сужение двенадцатиперстной кишки и ее деформацию.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику проводят с:

1. Острыми заболеваниями органов брюшной полости (острым холециститом, панкреатитом, аппендицитом, перфоративной язвой желудка, кишечной непроходимостью и тому подобное). (Таблица 1, 2).
2. Заболеваниями сердца и сосудов (инфарктом миокарда, тромбозом, мезентериальных сосудов).
3. Заболеваниями органов грудной клетки (пневмониями, плевритами).

При инфаркте миокарда боль локализуется в эпигастрии, часто имеет опоясывающий характер, ему свойственные коллапс, шок, парез кишечника, одышка, холодный пот. Но при инфаркте миокарда обнаруживают резкую общую слабость в начале заболевания, отсутствующее повышение уровня диастаза мочи и амилазы в крови. Негативные симптомы Мейо-Робсона, Воскресенского, Керте, Мондора, Грея-Турнера, Холстеда, Куллена. Данные ЭКГ - расщепление зубца Т, снижения вольтажа всегда говорят в пользу, инфаркта миокарда.

Таблица 1.

Дифференциальная диагностика острого панкреатита

Клинические признаки	Острый панкреатит	Острый холецистит	Перфоративная язва
Начало	острый	постепенный	острый
Характер боли	тупой, интенсивный	схваткообразный	острый
Локализация боли	над пупком, в левом подреберье	в правом подреберье	в эпигастрии по правому боковому каналу
Иррадиация боли	в поясничный участок	в правое плечо, лопатку	в середину спины
Анамнез заболевания	алкоголь, огрехи в диете	огрехи в диете	язвенный анамнез
Тошнота, рвота	рвота	тошнота	тошнота, разовая рвота
Субиктеричность	часто симптомы Мондора, Холстеда	часто	возможно
Пальпация	симптом Керте, боль в точках де-Жардена, Преяони	напряжение в правом подреберье, точке Кера	разлитое напряжение во всем животе
Перкуссия, аускультация	метеоризм, отсутствие кишечных шумов	атония кишечника	симптом Жобера, "Гробовая тишина"
положительные симптомы	Мейо-Робсона, Воскресенского	Мерфи, Мюсси-Георгиевского	Щеткина-Блюмберга
Физиологические выделения	задержка опорожнений	задержка газов	задержка опорожнений и газов
Первичный шок	часто	не бывает	изредка
Анализ крови	эритроцитоз, лейкоцитоз, гипергликемия, повышение амилазы, гипокальциемия, гиперкоагуляция	лейкоцитоз, билирубинемия	лейкоцитоз
Анализ мочи	диастазурия, гиалиновые цилиндры	положительная реакция на желчные пигменты	гиалиновые цилиндры

Таблица 2.

Дифференциальная диагностика острого панкреатита

Клинические признаки	Кишечная непроходимость	Мезентеральный инфаркт	Острый аппендицит
Начало	Постепенный	Острый	Постепенный
Характер боли	Схваткообразный, коликообразный	Постоянный, схваткообразный, усиливаются во время приступа	Постоянный, усугубляется постепенно
Локализация боли	В нижней части живота	Диффузно в нижней части живота	Правый подвздошный участок
Анамнез заболевания	Употребление еды с большим количеством клетчатки на фоне длительного удерживания от еды	Болезни сердца, сосудов	Боль в эпигастрии с переходом в правый подвздошный участок
Тошнота, рвота	Тошнота, рвота, часто с неприятным запахом	Тошнота	однократная рвота
Пальпация	Ограничен дефанс	Ограничен дефанс	Дефанс в нижней части живота дело
Перкуссия, аускультация	Металло-тимпанический звук	Металло-тимпанический звук над зоной притупления	-
положительные симптомы	Симптомы Валя, Кивуля, Склярова	Симптом Мондора	Симптом Щеткина-Блюмберга
Первичный шок	Только при завороте и защемлении	Наступает поздно	Не бывает
Рентгенография	Чашки Клойбера	-	-
Анализ крови	Лейкоцитоз, гуморальный симптом Самарина	Лейкоцитоз	Лейкоцитоз
Анализ мочи	Гиалиновые цилиндры	Гиалиновые цилиндры	-

Ущемленная диафрагмальная грыжа. Боль возникает остро, по большей части после физической нагрузки, локализуется в грудной клетке на стороне поражения и локализации грыжи, иррадиирующий в предплечье и угол лопатки. Как правило, больные занимают коленно-локтевое положение или лежат на стороне, сильно подтягивая ноги к до животу. С началом ущемления, если ущемившихся орган - желудок, появляется рвота. При ущемлении селезеночного угла толстой кишки - метеоризм. В тех случаях, когда защемляется большая часть желудка или кишечника, возникает симптом защемленной грыжи – “симптом пустого живота”. При защемлении грыжи наблюдают картину коллапса: бледность кожных покровов, холодный пот, частое поверхностное дыхание, ускоренный пульс. Диастаз мочи - в пределах нормы. Рентгенологически всегда можно подтвердить диагноз диафрагмальной грыжи.

Пищевая токсикоинфекция кроме соответствующего анамнеза, характеризуется менее интенсивной болью в животе, сравнительно с панкреатитом, боль не имеет опоясывающего характера, сопровождается усиленной перистальтикой кишечника и поносом. Диастаза мочи не повышена. Нет характерных симптомов панкреатита.

Нижнедолевая пневмония. Заболевание начинается остро с повышения температуры тела, озноба, боли в левой половине грудной клетки. Боль усиливается при кашле, который сначала бывает сухим, а затем через 2-3 дня - влажным. Больной падает пораженную сторону. При осмотре - гиперемия лица, одышка. Грудная клетка отстаёт в акте дыхания. Аускультативно - ослабленное жесткое дыхание. В крови - гиперлейкоцитоз. Анализ мочи не указывает на повышение диастаза. Отсутствующие симптомы панкреатита, фазы хода. Рентгенологически можно обнаружить очаг затемнения.

Лечебная тактика и выбор метода лечения

Больные с отечной формой острого панкреатита лечатся консервативно (за исключением билиарного панкреатита, при котором выполняются оперативные вмешательства на желчных путях преимущественно без каких-либо манипуляций на железе).

Лечение проводится в хирургическом стационаре. Госпитализируются больные с обоснованным подозрением на острый панкреатит, а также те, которые нуждаются в дифференциальной диагностике с другими острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости.

Консервативное лечение является базисным при острых отечных панкреатитах, панкреонекрозах с относительно легким, abortивным

ходом. Оно, в известной степени, позволяет стабилизировать состояние больных, прогресс процесса деструкции органа при деструктивных формах.

Показаниями хирургического лечения являются:

1. Прогресс перитонита.
2. Ухудшение состояния больного несмотря на проведение интенсивной терапии.
3. Возникновение и прогресс гнойного панкреатита, аррозионное кровотечение или перфорация полого органа у больных острым панкреатитом.
4. Подозрение на наличие второй острой патологии органов брюшной полости.

Консервативное лечение острого отеочного панкреатита:

1. Аналгетики (преимущественно не наркотические, в некоторых случаях – трамал, трамадол, морадол).
2. Спазмолитики (но-шпа, папаверин, галидор, бускопан).
3. М-холиноблокаторы (атропин, платифиллин, гастроцепин).
4. Инфузионная терапия (коллоиды, кристаллоиды), объем которой определяется клинической ситуацией.
5. Антиоксиданты (церулоплазмин, аскорбиновая кислота, токоферол).
6. Блокаторы H_2 рецепторов, антациды, сукральфат.
7. Назогастральная аспирация желудочного содержимого.
8. Паранефральная новокаиновая блокада односторонняя, лучше двусторонняя, или эпидуральная анестезия с помощью постоянного катетера.
9. Исключение энтерального питания, промывания желудка холодной щелочной водой.

Консервативное лечение деструктивного панкреатита:

- I. В стадии токсемии и полиорганной недостаточности.
 1. Блокаторы секреции поджелудочной железы. Назначать блокаторы панкреатической секреции след только в первые 5-7 суток развития заболевания, а препараты соматостатина – при развитии аррозивных кровотечений и свищей (панкреатических или кишечных).
 - А. Соматостатин (сандостатин) 0,1 мг 3 раза в сутки подкожно, 5-7 дней.
 - Б. Кальцитонин 300 МЕ на сутки внутривенно на протяжении 6 дней.

В. Даларгин 10 мг внутривенно капельно, потом 4 мг 3 раза в сутки внутримышечно .

2. Цитокиновая блокада (пентоксифиллин 20 мл на сутки внутривенно капельно на протяжении 5-7 суток).

3. Антиоксиданты.

А. Аскорбиновая кислота – 5% 10-20 мл на сутки;

Б. токоферол 2 мл на сутки;

В. Церулоплазмин 100 мг на сутки;

Г. Финоптин 5-10 мг на сутки.

4. Аналгетики не наркотические (баралгин, кетанол), наркотические (за исключением морфия), перидуральная анестезия.

5. Спазмолитики (но-шпа, папаверин, бускопан, галидор), М-холиноблокаторы (атропин, платифиллин, гастроцепин).

6. Стимуляторы моторики кишечника (убретид 0,5 мг на сутки; бензогексоний 2,5% 0,5 мл 2 раза в сутки; перидуральная анестезия).

7. Профилактика транслокации кишечной микрофлоры:

А. Детоксикация (внутрикишечный лаваж, энтеросорбция);

Б. Коррекция метаболических нарушений и восстановления барьерной функции кишечника (глутамин, аргинин, антиоксиданты);

В. Имунокоррекция (полиненасыщенные жирные кислоты, аргинин, глутамин);

Г. Раннее энтеральное питание через зонд в тонкой кишке, который установлен интраоперационно или эндоскопически;

Д. Селективная деконтаминация кишечника (полимиксин, норфлоксацин, амфотерицин В).

8. Инфузионная терапия (объем определяется клинической ситуацией, преимущество предоставляется коллоидным растворам);

9. Антибактериальная терапия:

А. Карбопенемы (тиенам 500 мг 3-4 раза в сутки внутривенно меропенем по 500-1000 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки;

Б. Фторхинолоны (ципрофлоксацин 500-750 мг 2 раза в сутки, офлоксацин 400-800 мг 2 раза в сутки внутривенно капельно, перфлоксацин (абактал) 400 мг 2 раза в сутки внутривенно капельно;

В. Цефалоспорины III-IV поколение (цефтриаксон 1-2 г 1-2 раза в сутки, цефобид 1-2 г 3 раза в сутки, цефатаксим 1-3 г 4 раза в сутки);

Г. Синтетичный пенициллин (пиперациллин 2-6 г 4 раза в сутки, мезлоциллин 2-6 г 4 раза в сутки). Все антибиотики за исключением карбопенемов, необходимо комбинировать с антианаэробными препаратами (метронидазол 100 мг 3 раза в сутки внутривенно).

Курс антибиотикотерапии целесообразно проводить на протяжении не менее 14 суток и дополнять антимикотическими препаратами (низорал 200 мг на сутки, дифлюкан 50-400 мг на сутки);

1. Профилактика эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта (H_2 блокаторы, антацид, омепразол, сукральфат);
2. Парентеральное питание;
3. Ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс, трасилол, особенно в случаях ДВС синдрома;
4. Гепатопротекторы;
5. Синдромное лечение при наличии поражений мишеней органов (респираторный дистресс синдром, острая почечная, острая печеночная недостаточность).

II. Стадия панкреатического инфильтрата кроме базисного лечения целесообразно назначать:

1. Антибиотикотерапию (препараты и дозы указаны выше);
2. Антацид, сукральфат, H_2 -блокаторы;
3. Имунomodулирующая терапия;
4. Анальгетики, спазмолитики;
5. Инфузионная терапия;
6. Парентеральное питание.

III. Стадия гнойно-некротических осложнений:

1. Хирургическое лечение.
2. Консервативная терапия в послеоперационном периоде в объеме указанном выше.

Хирургическое лечение острого панкреатита целесообразно разделить на раннее и хирургию гнойных осложнений.

Показаниями к ранним оперативным вмешательствам у больных деструктивным панкреатитом есть :

1. Прогресс билиарного панкреатита (операция выполняется на протяжении 24 часа);
2. Острый травматический панкреатит при “свежем” разрыве железы;

Прогрессирующая полиорганная недостаточность, которая не поддается адекватной интенсивной терапии на протяжении 48-72 часов.

3. Развитие гнойных осложнений (инфицированный некроз, абсцесс или абсцессы поджелудочной железы являются показаниями к хирургическому лечению.

Оптимальный срок выполнения операций по поводу этих осложнений 15-21 сутки от начала заболевания.

В случаях раннего хирургического лечения выполняются такие операции:

1. Сквозное дренирование сальниковой сумки;
2. Абдоминализация поджелудочной железы (рис. 12);
3. Оментопанкреатопексия (рис. 13);
4. Левосторонняя резекция железы (рис. 14).

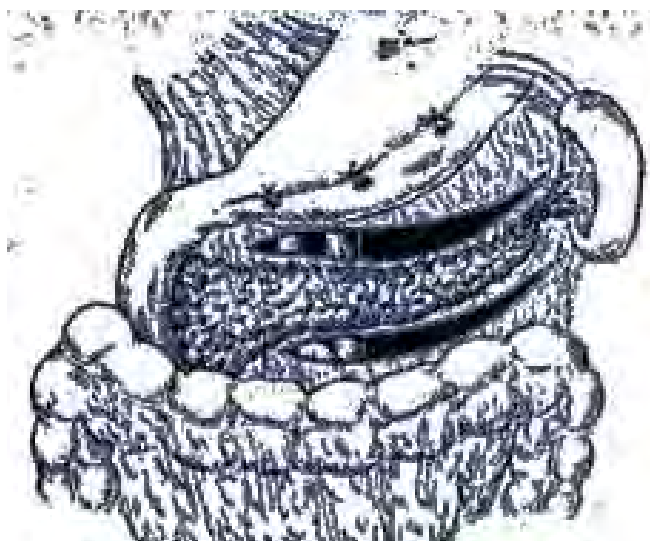
При панкреатических абсцессах и инфицированных некрозах выполняются такие операции:

1. Раскрытие абсцесса с дренированием (рис. 15);
2. Панкреатонексеквестрэктомию (рис. 16);
3. Панкреатсеквестрэктомию (рис. 17);
4. Панкреатсеквестрэктомию с лапаростомией;
5. Разные виды резекции поджелудочной железы.

При операциях на желчных путях и поджелудочной железе большинство хирургов рекомендуют подкладывать под спину больного тугой плотный валик диаметром 18-20 см. (рис. 18).

Предложено большое количество кожных разрезов для доступа к печени, желчному пузырю и поджелудочной железе. Все они имеют свои преимущества и недостатки. Некоторые из них применяют реже, другие - чаще, что зависит от опыта и привычек хирурга (рис. 19).

Доступ к поджелудочной железе при любом виде кожного разреза проводят 4 путями: через малый сальник, желудочно-толстокишечную связку, брыжейку поперечно-ободочной кишки и путем отделения большого сальника от поперечно-ободочной кишки (рис. 20), (рис. 21), (рис. 22), (рис. 23)



а



б



б

Рис. 12. Техника операции "Абдоминация" поджелудочной железы по методике Козлова. а - рассечение париетальных брюшины; б- мобилизация задней поверхности железы; в - обертывания железы сальника.

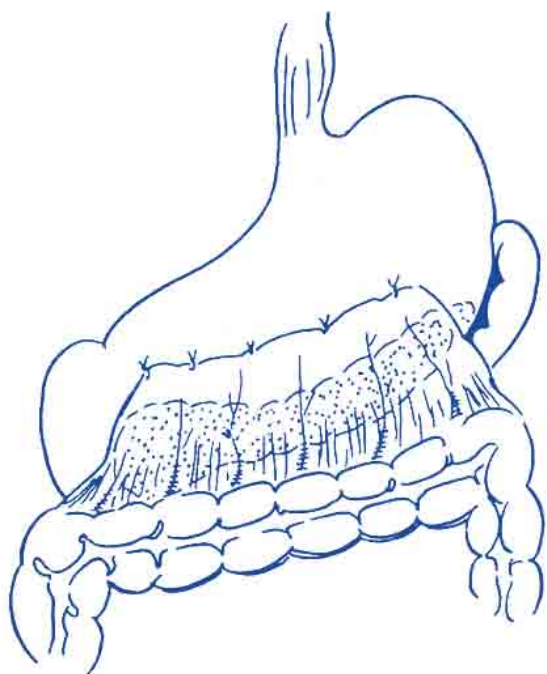


Рис. 13. Оментопанкреатопексия.

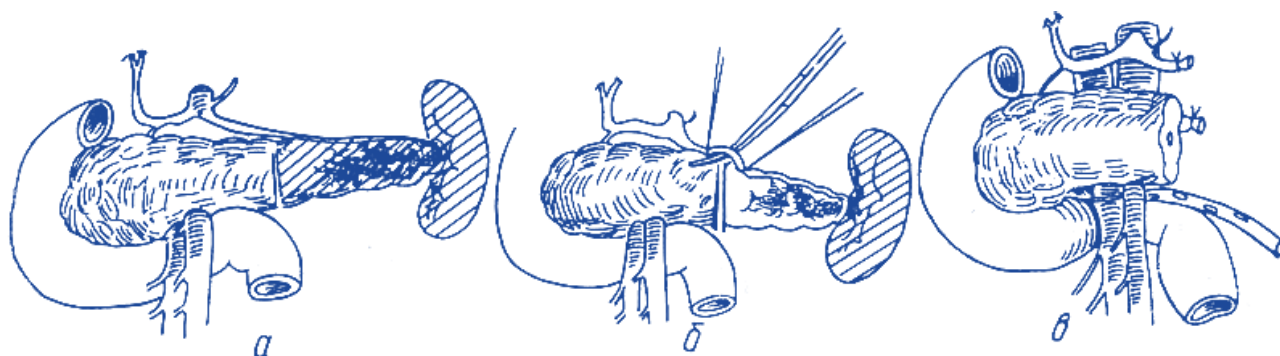


Рис. 14. Левая резекция поджелудочной железы при остром деструктивном панкреатите: а - широкая мобилизация тела и хвоста поджелудочной железы; б - изолированная перевязка селезеночной артерии; в - конечный вид операции.

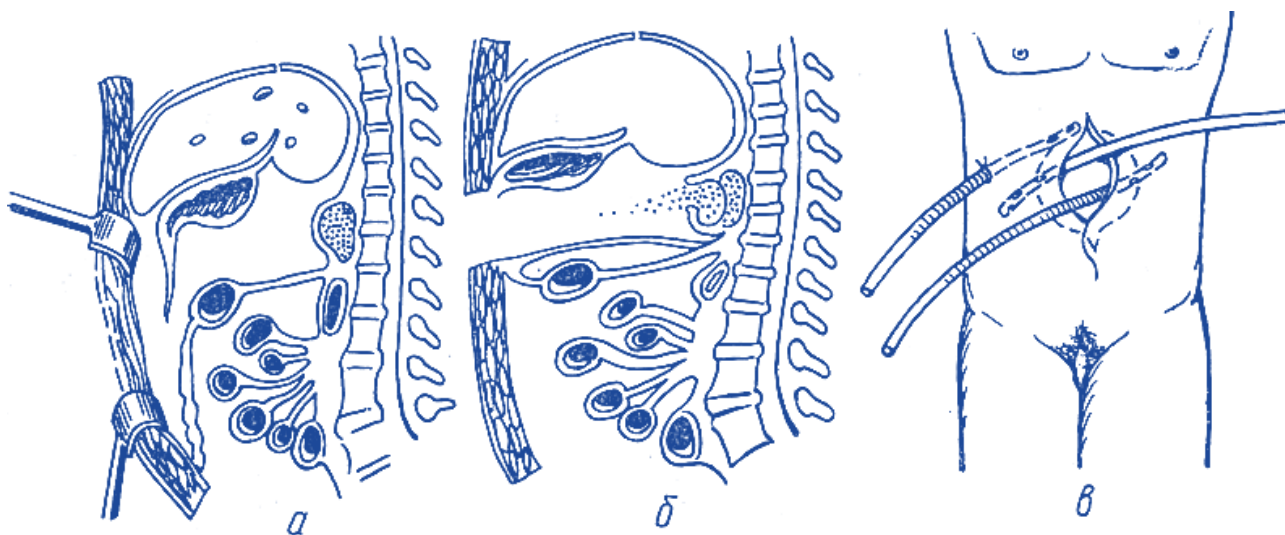


Рис. 15. Метод лечения гнойного панкреатита путем формирования изолированного дренажного канала: а-место рассечения желудочно-ободочной связки; б - фиксация желудочно-ободочной связки и большого сальника; в - окончательный вид операции.

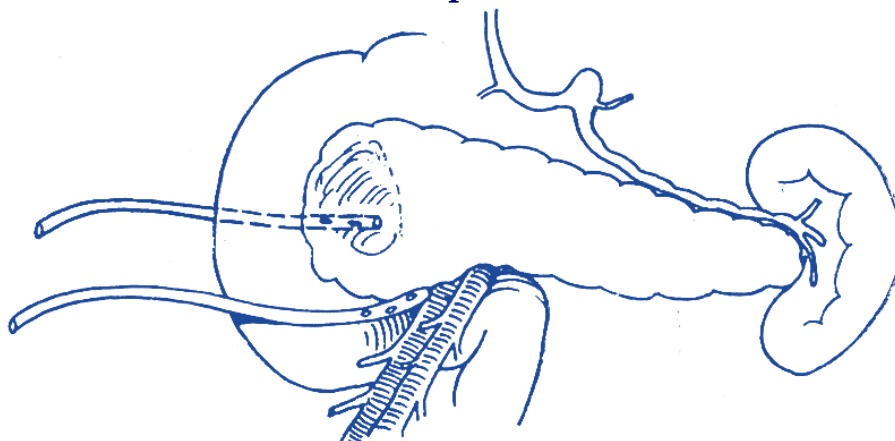


Рис. 16. Некрпанкреатэктомия при Крупноочаговый панкреонекрозе головки поджелудочной железы с последующим дренированием остаточной полости.

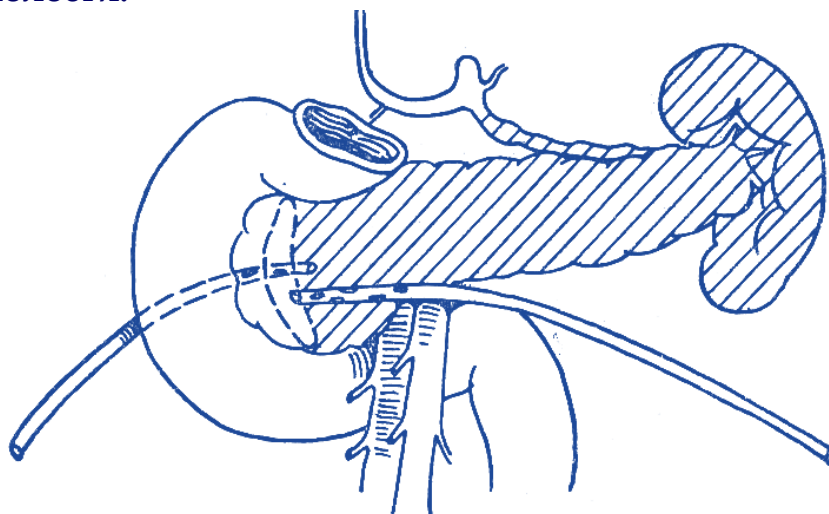


Рис. 17. Субтотальная панкреатэктомия при тотальном панкреонекрозе с последующим дренированием ложа поджелудочной железы.



а

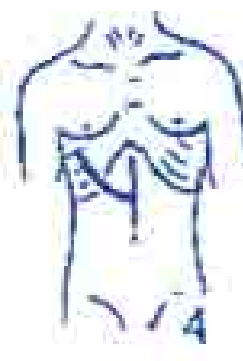
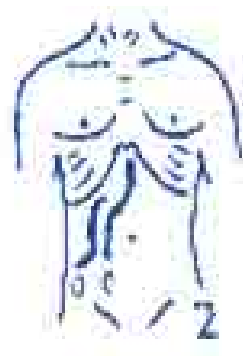
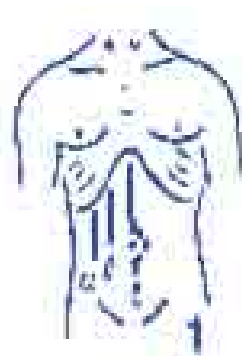


б



в

Рис. 18. Положение больного на операционном столе с валиком для операций на желчных путях и поджелудочной железе (по Рио-Бранко). а - общий вид правильно уложенного больного; на схемах б - правильное положение; в - неправильное положение; х - линия, проведенная через самую высокую часть тела в лежащем положении больного.



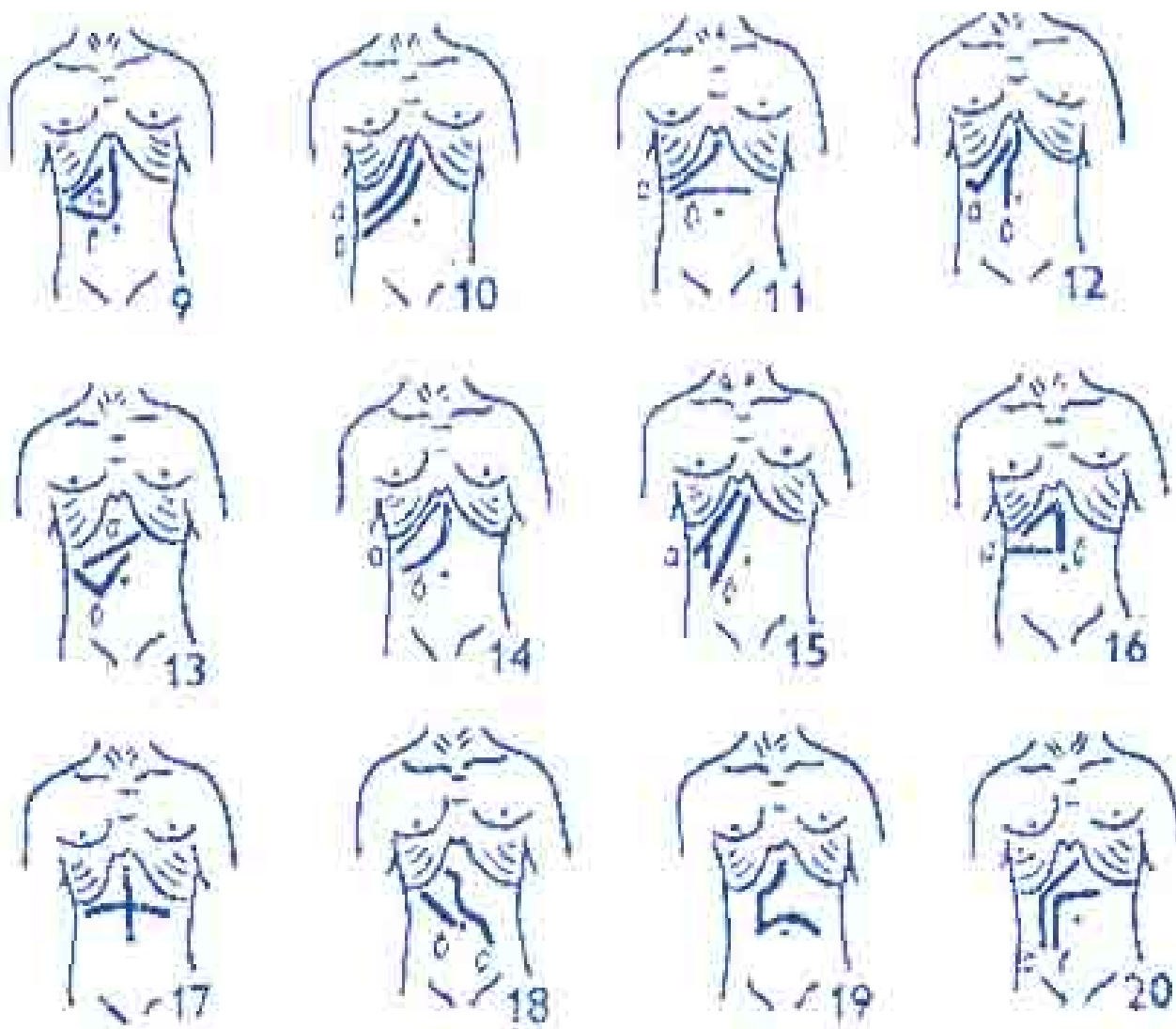


Рис. 19. Разрезы передней брюшной стенки, которые применяются для операций на желчных путях, печени и поджелудочной железы (по В.В. Виноградову). 1. а - параректальных (Лаусон-Тейта), б - трансректальный (Гален-Торна, Риделя), в - срединный (Райфершайда), 2. а - расширенный косой (Бивэн), б - волнообразный (Кера), 3. а - Торакоабдоминальные (Киршнера), б - (Углова), 4, 5. Торакоабдоминальные (Райфейшайда), 6. Торакоабдоминальные а - по Кюне, б-комбинированный (Г.Ф. Николаев), 7. угловой (Черни), 8. комбинированный (Бруншвига), 9. а - косой (Кохера), б-угловой (Рио-Бранко), 10. а - косой (В.Г. Брайцев), б- Федерова, 11. а-б-поперечный (Шпренгелем), 12. а -косой (Шпренгелем), б - парамедиальный (Риделя), 13. а - косопоперечный (Аирд), б- Кауша, 14. а - косой (Прибрама), б - Рубе, 15. а - расширенный косой (Кауша-Кера), б-косой (Курвуазе), 16. а - поперечный (Микулича-Кауша), б - Лоскутное (Лежара), 17. Комбинированный (Уайпль), 18. а - зигзагообразный (Дежардена) б - косой (А.М. Госсе), 19. Лоскутное, 20. а - расширенный косой (Мейо-Робсона-Керте), б - Лоскутное (Лангенбуха).

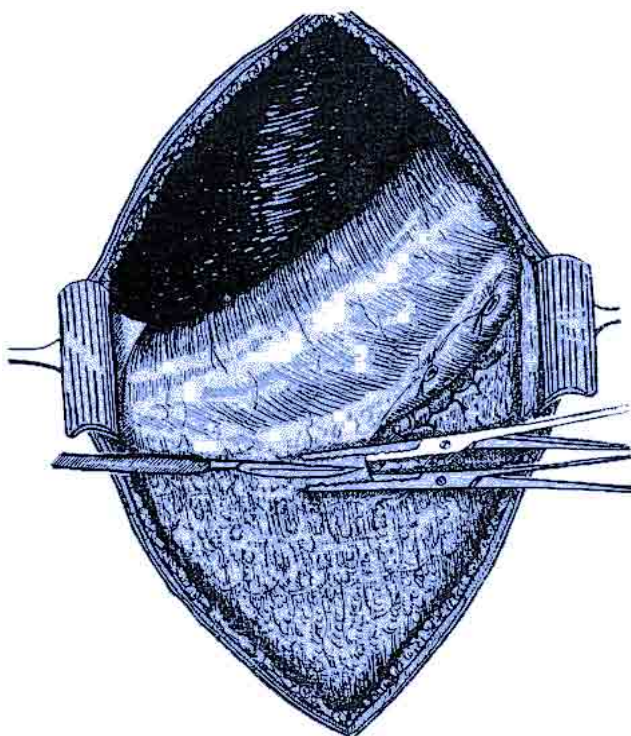


Рис. 20. Доступ через Lig. gastrocolicum.

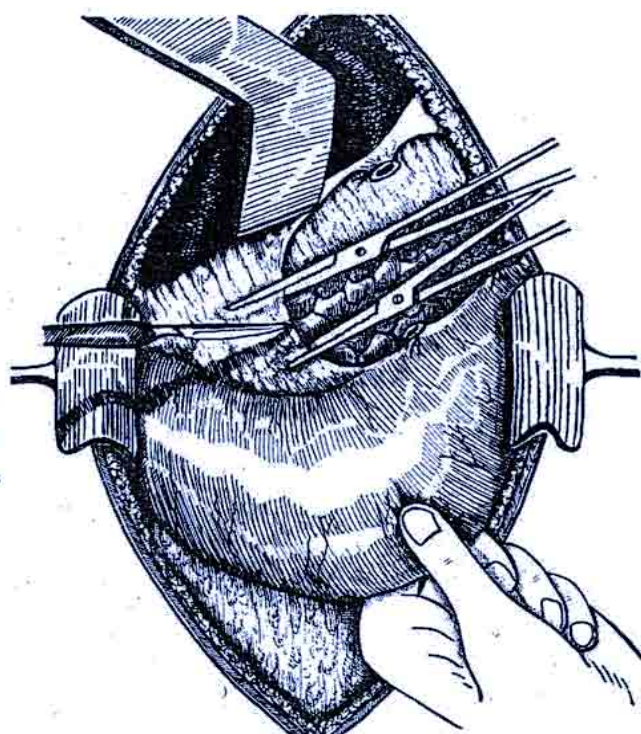


Рис. 21. Доступ через Lig. hepatogastricum.

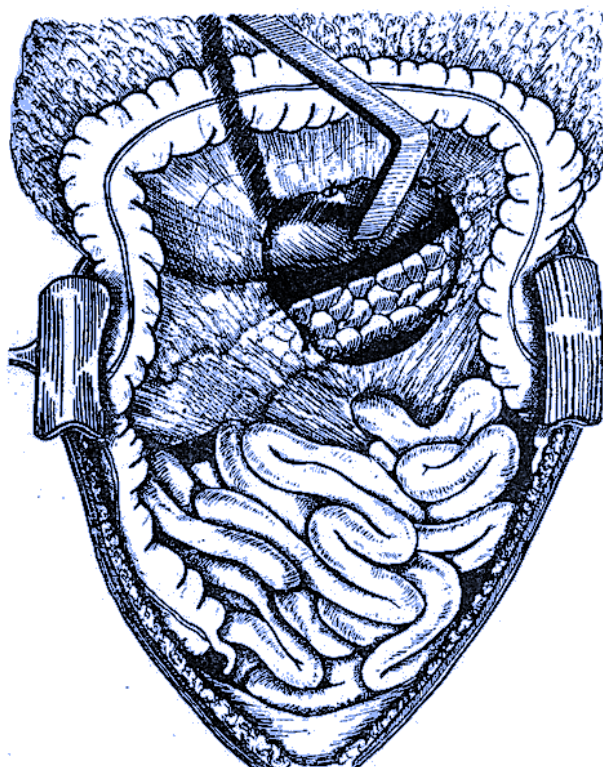


Рис. 22. Доступ через корень брыжейки пояснично-ободочной кишки.

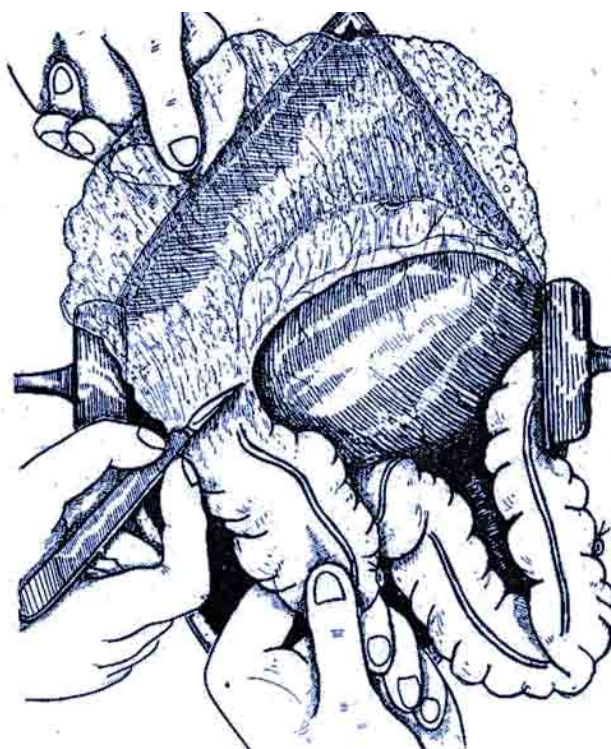


Рис. 23. Доступ путем отделения большого сальника от пояснично-ободочной кишки.

Реабилитация и экспертиза работоспособности

Длительность стационарного лечения определяется индивидуально в зависимости от характера течения болезни, наличия осложнений. В неосложненных случаях средняя длительность пребывания в стационаре составляет 7-15 дней, средний срок ограничения тяжелого физического труда - до 2-3 месяцев. При осложненных формах заболевания (наличие послеоперационных осложнений) эти сроки увеличивают. Возможная постоянная потеря работоспособности с определением на год или более I, II, III группы инвалидности. Реабилитацию осуществляют путем амбулаторного лечения по месту жительства, лечение в реабилитационных больницах, стационарах, профилакториях, на курортах. По месту жительства или работы организуют диспансерное наблюдение.

Критерии групп инвалидности.

Умеренное ограничение жизнедеятельности определяется у больных после консервативного или оперативного (без последствий) лечения при нарушениях функции пищеварения средней степени и наличии противопоказаний в труде — для рационального трудоустройства (инвалиды III группы).

Выраженное ограничение жизнедеятельности возникает после оперативного лечения острого панкреатита со стойкими наружными свищами, большими псевдокистами, стриктурами гепатобилиарной зоны с нарушением функции пищеварения средней степени тяжести (инвалиды II группы).

Резко выраженное ограничение жизнедеятельности возникает после неэффективного лечения с выраженными последствиями его (стойкий панкреатический свищ с большим количеством отделяемого, хроническая тонкокишечная непроходимость после перитонита) при нарушении функции пищеварения тяжелой степени — алиментарной дистрофии, кахексии (инвалиды I группы).

Глава 4. Острые осложнения язвенной болезни

Перфоративные гастродуоденальные язвы.

Частота заболевания.

Осложнение, угрожающее жизни - перфорация - продолжает занимать ведущие позиции в структуре летальности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Количество операций на протяжении последних десятилетий удерживается на уровне 7,5–13,0 на 100 000 человек, а летальность, которая снизилась в 50-ые годы, уже много лет составляет от 5 до 17,9 %.

Современная статистика последнего десятилетия подчеркивает рост этого грозного осложнения. Как правило, осложнение возникает в молодом и зрелом возрасте. В нашем исследовании средний возраст больных составил $44,1 \pm 8,2$ годы. У мужчин оно встречается в 7 раз чаще, чем у женщин.

Классификация (В.С. Савельев и соавт., в 1976 г.):

Этиология:

- язвенные
- гормональные.

По локализации:

- язва желудка малой кривизны, передней стенки, задней стенки.
- язва двенадцатиперстной кишки: передней стенки, задней стенки.

По течению:

- прорыв в свободную брюшную полость.
- прорыв прикрыт.
- прорывной атипизм.

Патофизиологические нарушения в организме

Перитонит развивается при перфорации, является одним из факторов, которые влияют как на указанные нарушения, так и на тактику хирургического лечения. Следует заметить "особенности" перитонита при перфорации. Как правило, до суток от момента перфорации в брюшной полости наблюдается прозрачный или мутный экссудат с нитями и хлопьями фибрина, париетальная и висцеральная брюшина ярко гиперемирована. Паралитическая кишечная непроходимость в большинстве случаев отсутствует. Степень бактериальной контаминации при этом не превышает 10^3 - 10^4 микробных тел в 1 мл экссудата. Микробная картина в большинстве случаев представлена

граммположительными кокками, лактобациллами, грибами рода *Candida*. Следует заметить, что в 30 % случаев в эти бактериальное обсеменение отсутствует. Вышеизложенное позволяет выбрать радикальный способ оперативного вмешательства.

В более поздние сроки от момента перфорации в брюшной полости появляются гнойный экссудат, фиксированные наложения фибрина, паралитическая кишечная непроходимость с увеличением бактериальной контаминации. Тем самым в этот период необходимо выбрать минимально травматический способ вмешательства, запланировав один из видов санации брюшной полости.

Краткий исторический очерк

Первой была сформулирована концепция консервативной тактики ведения такого рода больных. Wangestin (1935) Bedford-Turner (1945) и Taylor (1945), использовали постоянную назогастральную аспирацию. Сегодня является очевидным, что этот метод несовершенен, применяется вынужденно – при агональном состоянии больного или при отсутствии возможности проведения хирургического вмешательства.

Пионерами хирургического лечения перфоративных язв являются Mikuhch-Radecki (1892) и Hausner (1892). До сегодняшнего дня их метод является одним из видов вмешательств, которые применяют чаще всего и отличаются простотой технического выполнения и малой травматичностью. Особенно привлекательным является выполнение такой операции в лапароскопическом варианте (Nathanson и соавт., 1990).

Резекцию желудка при перфоративной язве первым выполнил английский хирург Keetley в 1902 г., что в сущности стало открытием радикальных способов лечения. Самыми яркими пропагандистами использования резекции желудка были С.С. Юдин в России (1929) и Odelberg (1927) в Швеции. Но, лишая больных от последующего страдания от язвенной болезни, резекция желудка приводила к появлению целого ряда послеоперационных расстройств, что вынудило разрабатывать новые органосохраняющие, патофизиологически обоснованные операции. Таковыми стали операции с ваготомией, которые с вмешательствами, при которых дренируют желудок, или антрумэктомией.

Мировой коллективный опыт с начала 60-х годов прошлого показывает, что за последние 40 лет операция стволовой ваготомии с пилоропластикой приводит к отличным без посредственных результатам (послеоперационная летальность 0-1%) при низких цифрах рецидива язвенной болезни и незначительном числе послеоперационных функциональных расстройств. Появление малоинвазивных технологий

не могло не отобразиться и на проведении вышеизложенных вмешательств при перфоративной язве, хотя на сегодняшний день их число небольшое.

Учитывая патофизиологические особенности желудочной язвы, радикальной операцией здесь остается антрумэктомия с ваготомией или резекция в пределах гемигастрэктомии.

Диагностика

Симптоматика - перфорация язвы развивается остро, хотя у 20% больных удается обнаружить продромальный период – за 3-4 дня усиления боли, появление тошноты, рвоты. Перфорация сопровождается классической триадой признаков: кинжальная боль (95%), доскообразное напряжение мышц живота (92%), язвенный анамнез (80%).

Данные физикального обследования: очень выражена перкуторная и пальпаторная болезненность живота; напряжение мышц сначала в верхних отделах, а затем и по всему животу. Положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Исчезает или значительно уменьшается печеночная тупость. Появление притупления в правом боковом канале и правой подвздошной ямке (симптом Кервена). Часто наблюдается френикус-симптом.

В течение заболевания различают три фазы: шока, мнимого улучшения и перитонита. Описанная картина является характерной для фазы шока (через 5-6 часов от перфорации). Потом картина шока вроде бы стирается, наступает мнимое благополучие. Напряжение мышц брюшной стенки уменьшается, при пальпации наблюдается умеренная болезненность, симптомы раздражения брюшины. Перистальтика ослаблена, печеночная тупость отсутствует. При исследовании можно обнаружить нависание передней стенки прямой кишки и ее болезненность. Потом через 6–12 часа от перфорации состояние больных прогрессивно ухудшается, снижается пульсовое давление, возникает вздутие живота, перистальтика отсутствует. Развивается клиническая картина перитонита.

Диагностические методы

Обзорная рентгенография брюшной полости при перфорации полого органа позволяет обнаружить свободный газ под куполом диафрагмы в 76% случаев (рис 1.). В сомнительных случаях необходимо прибегать к пневмогастрографии, которая повышает достоверность метода до 95%.



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости. Пневмоперитонеум

Эзофагогастродуоденоскопия позволяет уточнить диагноз, указать точную локализацию язвы и ее размеры, обнаружить осложнения (стеноз, наличие формы язвенной болезни, второй язвы с кровотечением или угрозой ее развития). Кроме того, возможно получение материала для морфологической верификации Нр-инфекции. Считаем проведение ЭГДС необходимым при планировании малоинвазивного вмешательства.

Лапароскопия помогает уточнить диагноз и выбрать адекватный план лечения при невыясненной клинической картине, а в ряде случаев позволяет убедиться в возможности проведения того или другого вида операции. Это особенно касается больных с, так называемой, прикрытой перфорацией язвы.

Лабораторное исследование крови дает возможность констатировать быстро нарастающий лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево. В анализах мочи при перитоните наблюдается появление форменных элементов, белка и цилиндров.

Хирургическая тактика

Оперативное вмешательство желудочной или дуоденальной перфоративной язвы остается спасательным методом лечения, особенно у больных с распространенным "поздним" перитонитом или высокой степенью операционно-анестезиологического риска.

Лапароскопическое лечение показано у лиц молодой возрастной группы, когда перфорирует так называемая немая язва, в анамнезе наблюдается невыраженное или благоприятное течение заболевания, а выполненная дооперационная диагностическая программа свидетельствует об отсутствии других осложнений язвенной болезни.

Стволовую ваготомию с иссечением отверстия и пилоропластикой считают золотым стандартом при перфоративной дуоденальной язве,

что позволяет ликвидировать другие осложнения заболевания, сопутствующие перфорации и создать условия профилактики последующих рецидивов. Более сложную в техническом выполнении ваготомию – СПВ с язвы – применяют в небольшом количестве случаев.

Лапароскопическую стволовую ваготомию с иссечением язвы и пилоропластикой минилапаротомным доступом выполняют, прежде всего, при диагностированных операциях с перфорацией (компенсированный стеноз, кровотечение или угроза его развития).

Ваготомию с антрумэктомией выполняют при перфорации, когда есть другие осложнения (поздняя стадия пилородуоденального стеноза), а также при смешанной форме язвенной болезни.

Резекцию желудка (гемигастрэктомия) проводим при перфоративной желудочной язве у больных с невысоким операционно-анестезиологическим риском.

Послеоперационный период

После перфоративной язвы, – операции, которая не влияет на патогенез язвообразования, - сразу после завершения операции больному назначается курс противоязвенной терапии. Исходя из современных представлений о патогенезе язвенной болезни – антисекреторные препараты (последнее поколение H_2 -блокаторов или ингибиторы протонной помпы), а также одну из схем антихеликобактерной терапии.

В дальнейшем больные, которые перенесли перфоративную язву, находятся под надзором гастроэнтеролога-терапевта, который определяет необходимость поддерживающей фармакотерапии язвенной болезни антисекреторными средствами, а также показания к проведению эрадикационной антихеликобактерной терапии. Эти меры могут существенно снизить процент рецидивов язвенной болезни у этой группы больных (В.Т. Ивашкин).

После органосберегающих операций с ваготомией особенностью является профилактика моторно-эвакуаторных расстройств прооперированного желудка. С первых суток применяли препараты группы прокинетиков. При интраоперационной диагностике выраженного стеноза или технических трудностях выполнения пилоропластики интраоперационно устанавливали зонд за участок связки Трейтца, используя его в дальнейшем для энтерального питания. В раннем послеоперационном периоде эти больные также должны решить вопрос с гастроэнтерологом о необходимости поддерживающей антисекреторной терапии, а также о проведении эрадикационной антихеликобактерной терапии.

Язвенные гастродуоденальные кровотечения.

Частота заболевания

Актуальность проблемы лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений (ОГДК), в первую очередь, определяется высоким уровнем общей летальности, который достигает 10–14%. Несмотря на общепризнанную эффективность современных "противоязвенных" средств, число больных с ОГДК из года в год увеличивается и составляет 90-103 на 100 000 взрослого населения в год (Swain С.Р., 2000). Об увеличении числа язвенных кровотечений свидетельствует и наш собственный опыт. По нашим данным, средний возраст больных составил $54,1 \pm 2,5$ годы, причем практически треть больных 401 (32,9 %) составили люди старше 60 лет. У мужчин ОГДК наблюдались в 3 раза чаще, чем у женщин – 914 (74,1%) и 306 (25,9%) соответственно.

Классификация

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, усложненная кровотечением, составляет 42-47 % всех случаев острых гастроинтестинальных кровотечений (по нашим данным – 45,9 %). В этой статье не обсуждаются так называемые вторичные язвы, причиной которых чаще всего есть принятие нестероидных противовоспалительных препаратов.

Классификация источника кровотечения по J.A. Forrest (в 1974 г.): F Ia – струйное кровотечение, что ; F Ib – капиллярная, в виде диффузного кровотечения; F IIa – видимый большой тромбованный сосуд; F IIb – плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сверток; F IIc – мелкие тромбованные сосуды в виде окрашенных пятен; F III – отсутствие признаков кровотечения в язвенном кратере.

По степени тяжести кровотечения самой рациональной является классификация, которая использует 3-ступенчатую градацию: легкую, среднюю и тяжелую степень кровотечения, которые учитывают при этом как объем перенесенной кровопотери, так и состояние самого больного.

Патофизиологические нарушения в организме

Реакция больного кровопотерей, с одной стороны, определяется массивностью самого кровотечения, то есть объемом кровопотери и времени, за которое это произошло, а другого – начальным состоянием и реакцией на кровопотерю основных систем организма самого больного. Существенным моментом для понимания патофизиологического этого процесса, а следовательно, и для формирования грамотной инфузионно-трансфузионной терапии послужило развитие учения о диссеминированном внутрисосудистом свертывании (ДВС) как универсальный механизм реализации синдрома массивной кровопотери и пусковой

механизм синдрома полиорганной недостаточности. Следует подчеркнуть, что гиперкоагуляционная фаза ДВС-синдрома и микроциркуляторные нарушения, которые приводят к ухудшению обеспеченности тканей кислородом и питательными веществами, развиваются у каждого пациента с клинически значимым ОГДК. Понятно, что существующие у пациента функциональные или органические расстройства со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной систем (так называемые, сопутствующие заболевания), тяжесть состояния больного, требуют соответствующей коррекции и учитываются при принятии решения об оперативном лечении, или при подготовке к нему.

Краткий исторический очерк

Развитие желудочной хирургии (В.А. Басов, 1842; Rydygier, 1882, и др.) стало основой для первых попыток остановить профузное желудочно-кишечное кровотечение оперативным путем. В 1880 г. Eiselberg впервые выполнил иссечение кровоточащей язвы желудка и образованного отверстия. В 1882 г. van Kleef впервые выполнил успешную резекцию пилорического отдела желудка с вырезанием язвы, усложненной кровотечением. Finsterer с 1918 г. активно занимался разработкой проблемы острых гастродуоденальных кровотечений; до 1931 г. им было прооперировано 93 больных с летальностью 20,4% С.С. Юдин и Б.А. Петров с 1930 г. стали на путь активной хирургической тактики в лечении острых ВГДК. В декабре 1952 г. Weinberg впервые выполнил органосберегающую операцию – прошивку кровоточивого сосуда и пилоропластику с ваготомией при ВГДК.

Диагностика должна ответить на три основных вопроса: что стало источником кровотечения; продолжается ли кровотечение и какие ее темпы; какая тяжесть перенесенного кровотечения.

Симптоматика

Клинические проявления острых, особенно массивных, гастродуоденальных кровотечений достаточно яркие и состоят из общих симптомов, характерных для кровопотери (резкая слабость, головокружение, потеря сознания), и проявлений, характерных для кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта (рвота свежей или видоизмененной кровью, мелена или гематоchezия).

Данные физикального обследования позволяют судить о степени тяжести кровотечения и вероятный его источник. Спутанное сознание, резкая бледность кожных покровов, частый пульс слабого наполнения и напряжения, снижение артериального и пульсового давления, наличие в

желудке большого количества крови и сгустков, а при исследовании - черного жидкого или с примесью крови являются признаками острого массивного кровотечения.

Диагностические методы

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), безусловно, является ведущим методом диагностики источника, типа и характера кровотечения.

Рентгенологическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта как метод экстренной диагностики ВГДК отошло на второй план; в основном, оно применяется после остановки кровотечения как метод дополнительной диагностики состояния рентген-анатомии и моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.

Селективная ангиография при ВГДК имеет достаточно ограниченное использование и применяется в специализированных учреждениях, которые имеют необходимое оснащение, в ситуациях, когда диагноз не удается установить другими методами, или как диагностический этап лечебного эндоваскулярного вмешательства, направленного на эмболизацию кровоточащей артерии.

Лабораторные методы диагностики (исследование гемоглобина, гематокрита, дефицита глобулярного объема и объема циркулирующей крови, гемокоагуляции, биохимических показателей) предоставляют очень важные объективные сведения о степени тяжести кровотечения и нарушения, которые вызваны ею.

Лечение

В основе неоперативного лечения ВГДК лежит использование методов лечебной эндоскопии и современных средств консервативной терапии язвенной болезни.

Методы лечебной эндоскопии используются с целью временной, а в ряде случаев окончательной остановки и профилактики кровотечения. За последние годы возможности осуществления полноценного локального гемостаза существенно расширились за счет внедрения видеосистем, ширококанальных эндоскопов, методов клипирования, аргонплазмовой коагуляции, использования "эндопинцета". Непосредственная эффективность лечебной эндоскопии при ВГДК составляет 95,3 %

К современным средствам медикаментозного лечения принадлежат антисекреторные препараты группы ингибиторов протонного насоса и блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов; антихеликобактерные препа-

раты; средства, ускоряющие регенеративные процессы и имеющие цитопротекторное действие.

Они позволяют создать благоприятные условия для прекращения процессов деструкции в язвенном кратере в сочетании с эндоскопическими способами – достичь адекватного гемостаза без оперативного вмешательства в 70–75 % всех случаев язвенных кровотечений, отодвинув операцию на этап плановой хирургии. У больных, которые подлежат оперативному лечению, временный гемостаз позволяет выиграть время и адекватно подготовить их к операции. У больных со значительной угрозой рецидива кровотечения, которые не подлежат оперативному лечению в результате высокой степени операционно-анестезиологического риска, неоперативный гемостаз с использованием активной динамической эндоскопии позволяет предотвратить рецидив кровотечения и достичь стойкого гемостаза без операции в 133 (76,9 %) из 173 этих предельно тяжелых больных.

Хирургическая тактика у больных с ВГДК основывается на дифференцированном подходе, что в себе активный характер диагностических и лечебных мероприятий с дифференцированным определением показаний к оперативному вмешательству.

Показания к оперативным вмешательствам диктовались невозможностью достичь надежного гемостаза с помощью нехирургических методов.

Экстренную операцию выполняют больным с профузным кровотечением, больным с массивным кровотечением, для которых консервативные мероприятия, включая эндоскопические методы, оказались неэффективными, а также больным с рецидивом кровотечения в клинике.

Срочную операцию считают показанной больным с язвенным кровотечением, остановка которого консервативными способами была недостаточно надежной, и были показания на высокий риск рецидива кровотечения. Больным этой группы хирургическое вмешательство, как правило, проводили на протяжении 12-24 часов от госпитализации – времени, которое необходимо для подготовки больного операции.

Выбор метода операции и решения о возможности выполнения оперативного вмешательства прежде всего зависели от тяжести состояния больного, степени операционно-анестезиологического риска и, безусловно, от локализации и характера кровоточащей язвы.

Стволовую ваготомию с пилоропластикой в сочетании с прошиванием кровоточащей язвы, а при пенетрации – с выведением кратера язвы просвета кишки (экстрадуоденизацией) считали методом

выбора при дуоденальной кровоточащей язве, в том числе у больных с высокой степенью операционного риска и выполнили ее в 153 (42,9%) больных.

Лапароскопическую стволовую ваготомию и пилоропластику из мини-доступа при расположении источника кровотечения в луковице двенадцатиперстной кишки начали выполнять в последние годы; эта операция на сегодня в стадии клинического изучения.

Антрумэктомия с ваготомией при дуоденальной язве считают показанной у больных со сравнительно небольшой степенью операционного риска.

Резекцию желудка (гемигастрэктомию), как правило, проводят при желудочной локализации язвы.

Послеоперационный период у больных, которые перенесли прошивку кровоточащей язвы, и органосберегающие операции с ваготомией, имеет ряд особенностей и должен планироваться в соответствии с современными требованиями хирургической гастроэнтерологии.

После прошивания язвы без выполнения ваготомии (эту группу, как правило, составляют больные высокого операционно-анестезиологического риска) – в ближайшем послеоперационном периоде больному назначается курс противоязвенной терапии, который включает ингибиторы протонной помпы или последнее поколение H_2 -блокаторов, а также комплекс антихеликобактерной терапии. После выписывания из стационара больные подлежат диспансерному наблюдению у гастроэнтеролога, который определяет необходимость проведения поддерживающей медикаментозной терапии язвенной болезни, направленной на снижение числа рецидивов язвенной болезни и предотвращения повторных кровотечений.

После органосберегающих операций с ваготомией особенностью послеоперационного периода является необходимость профилактики моторно-эвакуаторных расстройств оперируемого желудка. Уже на этапе оперативного вмешательства при диагностике суб- или декомпенсированного стеноза или возникновении технических трудностей при выполнении пилоропластики за участок связки Трейтца устанавливали тонкий зонд для энтерального питания. Кроме того, в послеоперационном периоде применяли препараты группы прокинетиков. Существенным моментом послеоперационного ведения было принятие решения о необходимости поддерживающей антисекреторной терапии, а также о проведении эрадикационной антихеликобактерной терапии.

Глава 5. Острая кишечная непроходимость

Цель: Усвоить клинику, диагностику, дифференциальную диагностику разных клинических форм острого кишечной непроходимости (ОКН). Научиться определять лечебную тактику, показания и противопоказания к консервативному и оперативному лечению, выбор метода обезболивания и оперативного вмешательства, принципы ведения до- и послеоперационного периода, проведения экспертизы нетрудоспособности и реабилитации после операций по поводу ОКН.

Профессиональная ориентация студентов. ОКН составляет до 3,5% среди больных хирургических стационаров и до 10% больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Летальность при ОКН по разным данным колеблется от 6 до 18-20%.

Методика выполнения практической работы

Алгоритм общения студентов с пациентами с любой патологией, которая рассматривается по теме (коммуникативные навыки):

1. Поздороваться и назвать себя.
2. На лице должна быть приветливая улыбка - это позволяет установить к вам доверительное отношение со стороны пациента.
3. Пациенту в приятной форме следует объяснить цель визита, тему и длительность беседы и получить его согласие.
4. Если пациент только поступает в стационар провести корректную и спокойную беседу с его родственниками, в которой вместе с лечащим врачом сообщить им о предыдущем диагнозе, цели госпитализации, проведения определенных обследований, которые планируются для выполнения в будущем.
5. Перед проведением физикальных методов обследования объяснить пациенту какое обследование будет выполнено, указать на определенные неприятные ощущения и дискомфорт, которые может почувствовать пациент во время этого обследования, отметить обязательность этого обследования в диагностике данного заболевания и получить его согласие.
6. При необходимости транспортировки к месту обследования (обзорная комната, эндоскопическое отделение, рентгенкабинет, УЗИ-кабинет) объяснить ее необходимость пациенту.
7. Подготовиться к проведению обследования (для данных патологий имеется в виду пальпация, перкуссия, аускультация живота для диагностики патогномонических симптомов, эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с целью дифдиагностики, УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография живота, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия) или лечебных мероприятий (очистительная или сифонная клизма) – помыть

руки теплой водой, надеть печатки, приготовить инструментарий до исследования или лечебных мероприятий.

8. Провести то или другое запланированное обследование или лечебную манипуляцию.
9. Вместе с лечащим врачом в корректной и доступной для понимания пациентом форме объяснить результаты того или другого обследования.
10. Привлечь близких пациента к беседе и в доступной форме объяснить им результаты данных обследований а при наличии предыдущих обследований сравнить их результаты, обязательно выяснив понятны ли для них ваши объяснения.
11. Обязательно только в присутствии лечащего врача обосновывать целесообразность оперативного вмешательства для лечения данной патологии в курированного больного.
12. После проведения хирургического лечения только в присутствии лечащего врача и при его согласии следует сообщить результаты оперативного вмешательства больному и его родственникам а также о возможности возникновения тех или иных ранних или отдаленных послеоперационных осложнений.
13. При условиях обследования больного в послеоперационном периоде следует объяснить пациенту как верно выполнять гигиенические процедуры и тому подобное.
14. В вежливой форме получить согласие пациента на участие в перевязке.
15. Вместе с лечащим врачом объяснить пациенту, а при потребности и ближайшим родственникам, те или другие действия относительно манипуляций, которые выполнены или планируются выполняться в будущем, а также тактику последующего лечения.
16. При условиях завершения хирургического лечения той или другой патологии выведением стомы информировать стомированных пациентов о возможностях последующей реабилитации, улучшения качества жизни.
17. Завершить беседу следует обязательно с пожеланием пациенту самого быстрого выздоровления.

Кишечная непроходимость

Кишечная непроходимость является синдромом, который возникает при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта и проявляется нарушениями перистальтики и эвакуаторной функции с морфологическими изменениями пораженной части кишки (рис 1). Кишечная непроходимость наблюдается у 9 % от всех больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости. Заболевание встречается в любом возрасте, однако чаще между 25-50 годами. Мужчины болеют чаще (66,4%), чем женщины (33,6%). Летальность

составляет до 17% и является наибольшей среди острой хирургической патологии органов живота.



Рис. 1. Острая кишечная непроходимость (пневматоз кишечника).

Анатомо-физиологические данные.

Тонкая кишка – трубка, размещенная между пилорическим жомом и слепой кишкой, ее длина – возле $\frac{4}{5}$ всей длины желудочно-кишечного тракта (рис. 2). Общая длина тонкой кишки пропорциональна росту человека (примерно 160 % от длины тела). Тонкая кишка делится на 3 части:

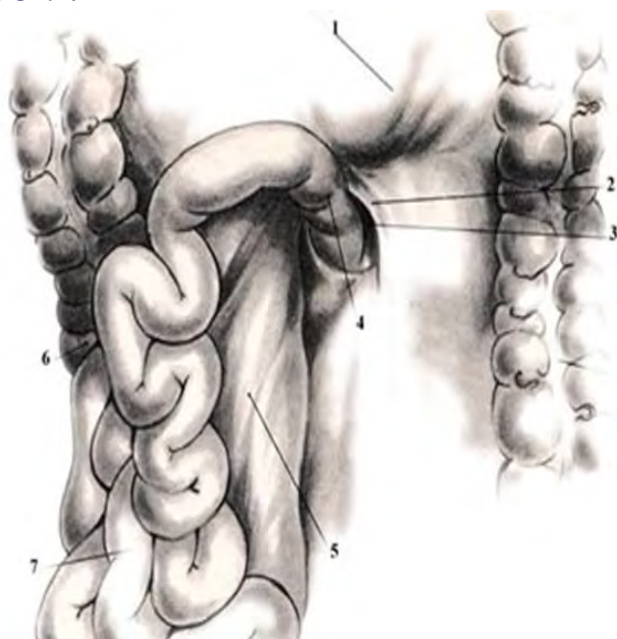


Рис. 2. Flexura duodenojejunalis.

1 - mesocolon; 2 - plica duodenojejunalis; 3 - recessus duodenojejunalis; 4 - flexura duodenojejunalis; 5 - colon descendens; 6 - mesenterium; 7 - петли тонкой кишки; 8 - colon ascendens.

а. Двенадцатиперстная кишка - нет брыжейки (анатомия изложена в разделе заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.)

б. Тощая кишка – проксимальный участок тонкой кишки, составляет примерно 40 % общей длины. Этот отдел тонкой кишки имеет наибольший диаметр, более толстую стенку, более выраженные циркулярные складки слизистой. Брыжейка тощей кишки содержит меньше жировой ткани, чем брыжейка подвздошной.

в. Подвздошная кишка, на долю которой выпадает 60 % общей длины. В дистальном отделе содержит выраженные скопления лимфоидной ткани (пейеровы бляшки) размещенные в подслизистой оболочке. Тонкая и подвздошная кишка размещаются интраперитонеально, имеют длинную брыжейку, которая фиксирует их к задней стенке живота.

Кровоснабжение

Артериальная кровь поступает в тонкую кишку из верхней брыжевой артерии, ветви которой формируют следующие артерии:

- Нижняя панкреатодуоденальная артерия;
- Тонкокишечные артерии, которые образуют многочисленные в несколько ярусов дугообразные анастомозы (аркады);
- Подвздошно-ободочная артерия – одной из своих ветвей кровоснабжает конечную часть подвздошной кишки.

Венозный отток осуществляется в систему воротной вены. От тонкой кишки к ней кровь несет верхняя брыжевая вена (рис. 3).

Лимфоотток

Лимфатические сосуды тонкой кишки получили название молочных за их характерный молочно-белый цвет после приема еды. Лимфа от тонкой кишки, пройдя через многочисленные лимфатические узлы в корень брыжейки, поступает в общий брыжеечный ствол. Последний, после соединения с брюшным лимфатическим стволом, впадает в левый поясничный лимфатический ствол.

Иннервация

В иннервации тонкой кишки принимают участие парасимпатические (блуждающие нервы) и симпатические (симпатические пограничные стволы) нервные волокна. Они входят в состав нервных сплетений:

- Брюшное аортальное сплетение;
- Солнечное сплетение;
- Верхне-брыжеечное сплетение.

Парасимпатическая иннервация ускоряет сократительные движения кишечной стенки, а симпатичная – ослабляет их.

Строение стенки тонкой кишки:

- Слизистая оболочка устилает кишечные ворсинки, что увеличивает ее абсорбционную площадь примерно до 500 м². Слизистая оболочка собрана в круговые Керкринговые складки, которые предоставляют ей характерный вид;

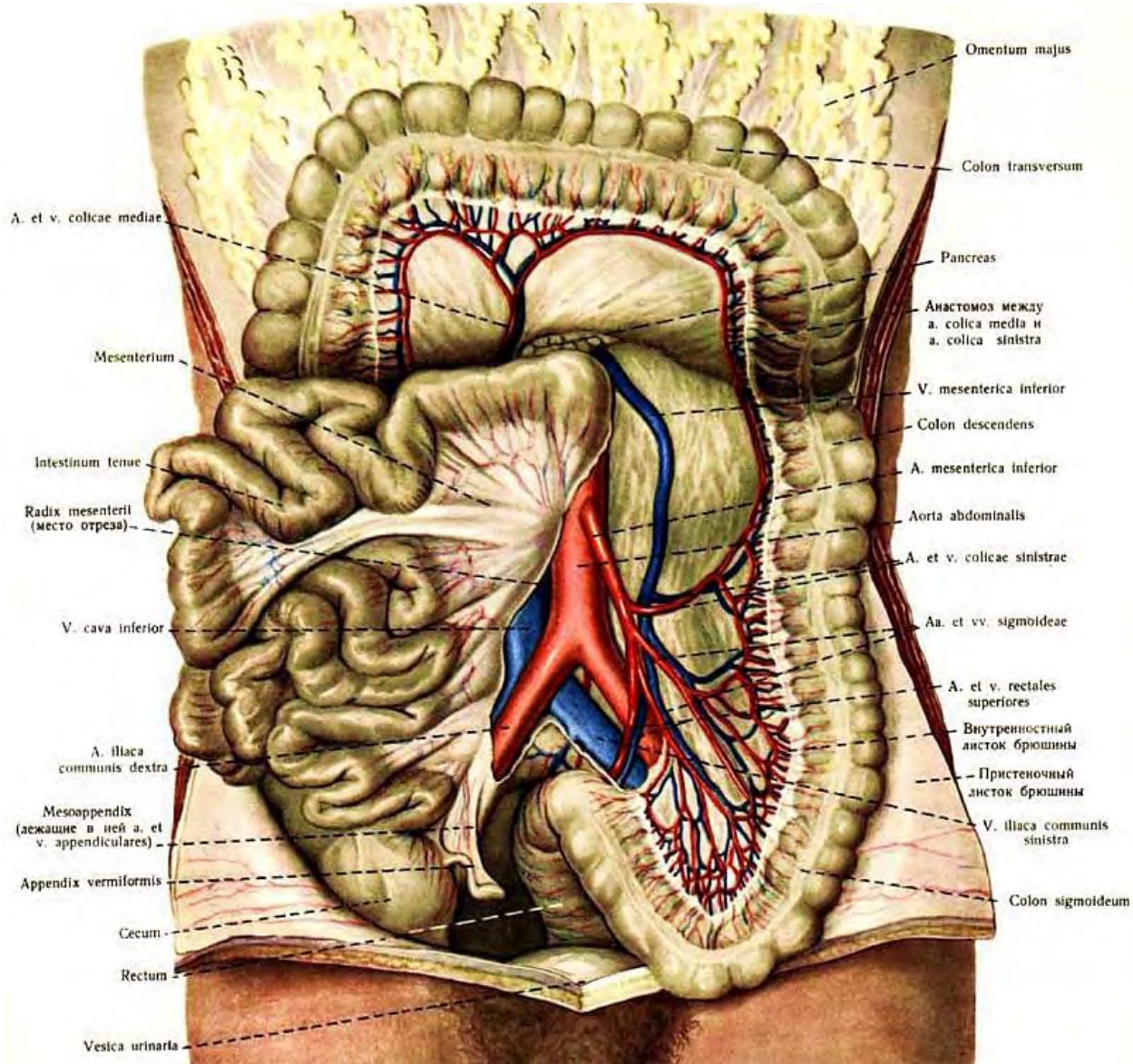


Рис. 3. Артерии и вены тонкой и толстой кишки (петли тонкой кишки отведенные влево; поперечно ободочная кишки оттянута вверх, внутренний листок брюшины частично удален)

- Подслизистая оболочка выражена очень хорошо, собственно она обеспечивает состоятельность кишечных анастомозов. В рыхлой волокнистой соединительной ткани подслизистой оболочки находятся нервное сплетение Мейснера, кровеносные и лимфатические сосуды;
- Мышечная оболочка состоит с 2 слоев: внешнего продольного и внутреннего циркулярного. Между ними находится межмышечное нервное сплетение, Ауэрбаха;
- Серозная оболочка. Тощая и подвздошная кишки покрыты брюшиной со всех сторон и на всем протяжении.

Корень брыжейки тонкой кишки прикрепляется к задней стенке полости живота на протяжении линии, что идет сверху вниз от левой стороны тела второго поясничного позвонка к правому подвздошно-крестцовому сочленению (рис. 1), (рис. 2), (рис. 3), (рис. 4), (рис. 5), (рис. 6).



Рис. 4. Органы брюшной полости (большой сальник и поперечноободочную кишка оттянуты вверх).

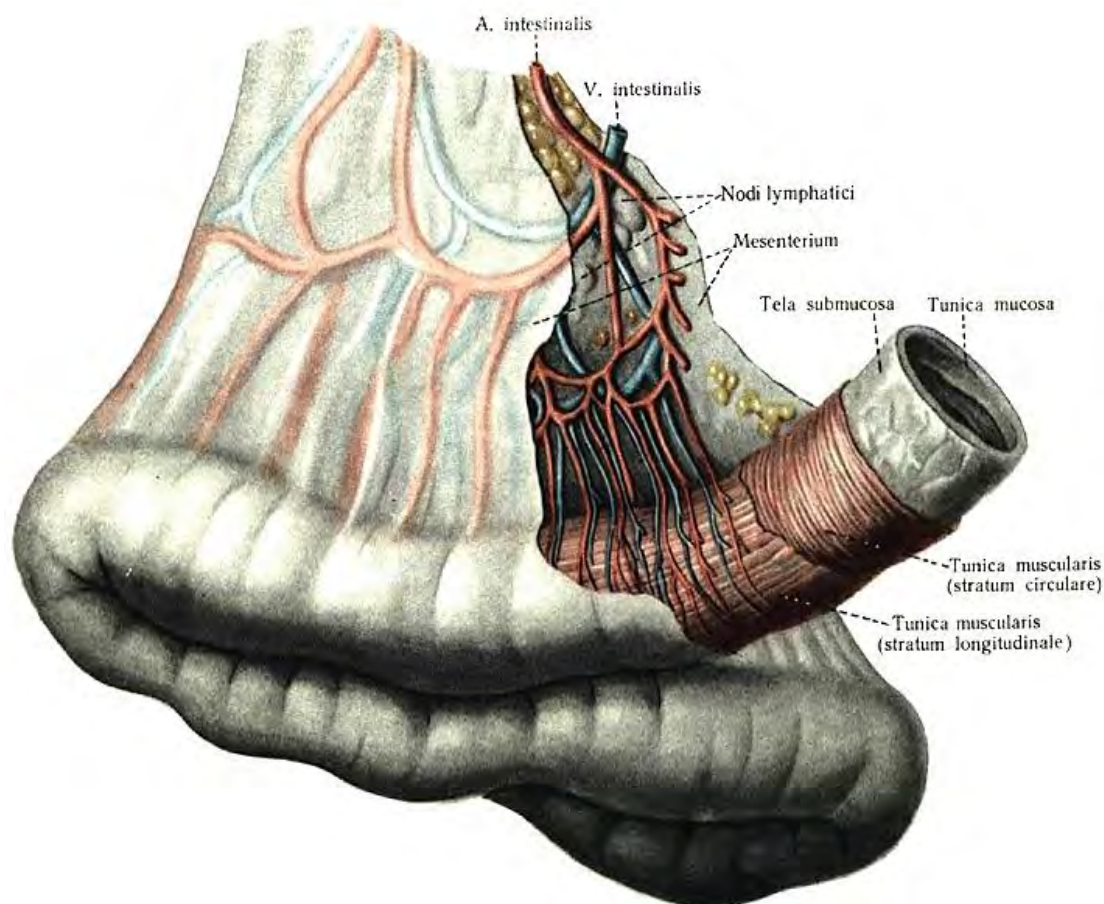


Рис. 5. Тонкая кишка (intestinum tenue) петля брыжейки тонкой кишки.

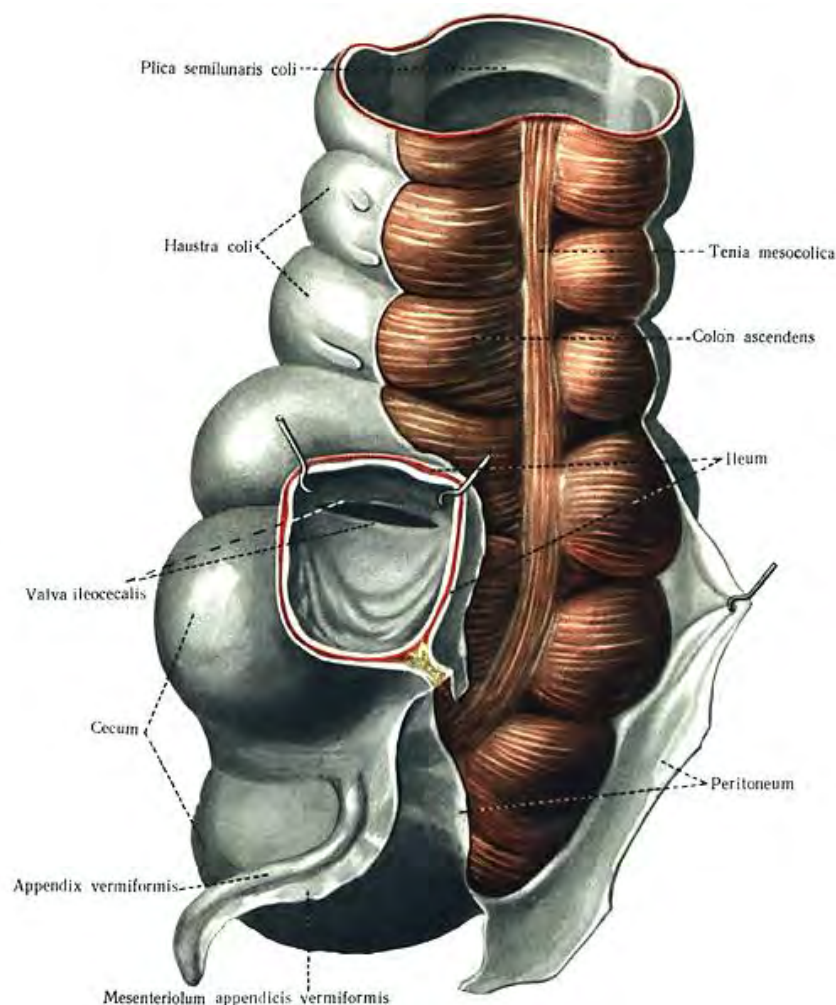


Рис. 6. Слепая кишка (сесум) и червеобразного отросток (appendix vermiformis), сзади слепая кишка и отрезок восходящей ободочной кишки.

Физиология

Еда, вода, а также жидкости, которые секретируются желудком, печенью и поджелудочной железой (около 10 литров за сутки) попадают в тонкую кишку. Основные функции тонкой кишки: секреторная, эндокринная, моторная, всасывающая и выделительная. Различают два типа сократительных движений кишечной стенки – маятникообразные и перистальтические. В результате маятникообразных – кольцо перемещается с пищеварительными соками, а перистальтические продвигают пищевую массу по кишке в дистальном направлении.

Этиология и патогенез

Типы механической кишечной непроходимости изображены на (рис. 7), (рис. 8).

Отдельно следует рассматривать послеоперационную кишечную непроходимость.

Она бывает: ранней и поздней.

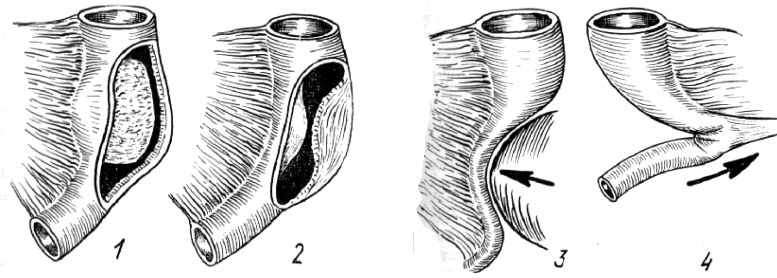


Рис. 7. Виды механической кишечной непроходимости. 1 - Обтурация; 2 - Сужение, 3 - Сжатие, 4 - Ангуляция

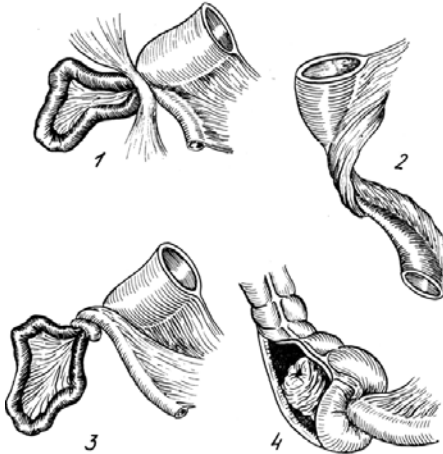


Рис. 8. Механическая кишечная непроходимость. Расстройства кровообращения: 1 - Странгуляция, 2 - Скручивание, 3 - Заворот кишок, 4 - Инвагинация

Ранняя послеоперационная кишечная непроходимость (функционального или механического характера) возникает в раннем (до выписки стационара) послеоперационном периоде.

Поздняя послеоперационная непроходимость всегда механическая, возникает после выписки больного из стационара, через несколько месяцев или лет.

Причины ранней послеоперационной кишечной непроходимости:

- Спайки брюшной полости;
- Технические ошибки хирурга (оставленные в брюшной полости инородные тела, прошивание задней стенки анастомоза, стенозирование зоны анастомоза, заворот кишки вокруг дренажей).
- Непроходимость как следствие анастомозита, инфильтрата или абсцесса брюшной полости, ущемление кишки в дефекте апоневроза при эвентерации.

Поздняя послеоперационная кишечная непроходимость возникает в результате развития и прогресса спаечного процесса, а также в тех случаях, когда через новые топографо-анатомические взаимоотношения органов, которые возникают после операции являются условиями для заворота, узлообразования, инвагинации и ущемления петель кишки.

В основании патогенеза острой механической кишечной непроходимости лежат явления шока. Первым и наиболее очевидным следствием механической непроходимости является поступление и

скопление большого количества жидкости и электролитов в просвете кишки выше уровня непроходимости с одновременным резким притеснением обратного всасывания в этом участке кишки. Это приводит к перерастяжению кишечной стенки и к усиленной секреции жидкости с одновременным ухудшением кровоснабжения слизистой оболочки. Отдел кишки выше уровня непроходимости теряет способность всасывать электролиты и воду. Поскольку просвет кишки не является внутренней средой организма, жидкость, которая секретируется, не может быть использована для поддержки гемостаза и теряется. Стаз кишечного содержимого содействует развитию микроорганизмов и скоплению газов в кишечнике. Вздутие и перерастяжение желудка и кишечника приводит к раздражению рвотного центра, возникает антиперистальтика и рвота, во время которых больной теряет много жидкости, которая содержит большое количество электролитов и белка. Объем теряемой жидкости зависит, прежде всего, от уровня непроходимости, состояния секреторного и всасывающего свойств кишки. Чем выше непроходимость, тем более значительные потери жидкости. При высокой непроходимости, которая сопровождается рвотой, происходит потеря желудочного, панкреатического дуоденального сока, а также желчи и сока тонкой кишки. Жидкость, которая накапливается в просвете кишечника и теряется во время рвоты, практически, имеет такой же электролитный состав, как и плазма. Потому в начальный период заболевания обезвоживания наступает преимущественно за счет потерь из внеклеточного пространства без существенных изменений электролитов крови. При этом наблюдается уменьшение ОЦК и сгущение крови. При низкой кишечной непроходимости более длительное время наблюдается обезвоживание организма без изменений электролитов плазмы.

Постепенно развивается общая дегидратация, сначала внеклеточная, а дальше внутриклеточная. Уменьшается объем циркулирующей крови. Клиническими проявлениями этого является артериальная гипотония и снижение центрального венозного давления. В связи с потерей жидкой части крови повышается гематокрит, изменяются реологические свойства крови, увеличивается ее вязкость, что приводит к значительным нарушениям микроциркуляции. Повышается проницаемость сосудистой стенки. Вместе с жидкой частью крови теряется большое количество ионов натрия – основного электролита внеклеточной жидкости, это приводит к стимуляции выброса альдостерона, которое задерживает в организме натрий и хлор. Однако при этом ионы калия продолжают выделяться с мочой.

Результатом этого является состояние известное в литературе под названием “синдром Дорроу”. Из клетки выделяется три иона калия, вместо них поступает в клетку два иона натрия и один ион водорода и как следствие развивается ацидоз во внутриклеточном и алкалоз во внеклеточном пространстве.

Потеря воды, белков и электролитов приводят к снижению клубочковой фильтрации и уменьшения диуреза. Последовательно возникает две формы азотемии: производительная и ретенционная. То есть, сначала уровень остаточного азота повышается в результате гиперпродукции азотистых соединений в результате повышенного распада белка, а дальше – за счет уменьшения диуреза.

Если непроходимость продолжается более суток, описанные нарушения нарастают: истощается запас гликогена в печени и мышцах, начинается распад белков и жиров собственных тканей организма, что сопровождается накоплением кислых продуктов, в результате чего на смену внеклеточного алкалоза приходит ацидоз. Результатом отмирания и распада клеток является высвобождение внутриклеточного калия, но поскольку наблюдается олигурия, он не выводится из организма. Таким образом, гипокалиемия сменяется гиперкалиемией. Повышается концентрация азота и мочевины.

При странгуляционной кишечной непроходимости, кроме потерь белка, имеет место и исключение из циркуляции эритроцитов, которое возникает в результате выхода эритроцитов с транссудатом и депонированием их в сосудах и стенке странгулированной кишки. Известно, что объем крови, который исключен из циркуляции пропорциональный длине петли кишки, что исключена странгуляцией. В тех случаях, когда странгулированная часть тонкой кишки превышает одну треть всей тонкой кишки, уже через несколько часов от начала заболевания объем крови, который исключен из циркуляции достигает 40 % и больше.

Перерастяжение и гипоксия определяют снижение тонуса кишечной стенки. Повышенное образование лактата и высвобождение катехоламинов сопровождается изменениями внутри- и внутриклеточного содержания калия и последующим снижением возбудимости кишечной мускулатуры. Это является причиной паралитической кишечной непроходимости, которая имеет место в послеоперационном периоде. Долговременное повышение давления в просветительстве кишки вызывает тяжелые нарушения кровоснабжения и приводит к микроциркуляторным изменениям. Появляются отек, некроз слизистой оболочки, возникает перфорация кишки.

Кроме повышения внутрикишечного давления, скопление жидкости и газов в кишечнике способствует повышению внутрибрюшного давления, что приводит к высокому стоянию диафрагмы и ухудшения функции дыхания. Высокое внутрибрюшное давление ухудшает кровообращение в нижней полой вене, приводит к уменьшению минутного объема. К этим изменениям присоединяется значительный токсичный фактор. Наряду с бактериальной интоксикацией важную роль играет токсичное действие продуктов аутолиза слизистой оболочки кишки, образуются и попадают в кровь агрессивные вазоактивные полипептиды, лизосомальные ферменты.

Классификация

I. По этиопатогенезу различают:

1. Динамическую (функциональную) непроходимость.

А. Спастическую.

Причины: заболевание нервной системы, истерия, спазмофилия, дискинезия, глистная инвазия, полипы толстой кишки.

Б. Паралитическую.

Причины: воспалительные процессы в брюшной полости (перитонит), флегмона, гематома забрюшинного пространства, состояние после лапаротомии, травма позвоночника и таза, рефлекторные влияния патологических состояний забрюшинной локализации (пневмония, плеврит, инфаркт миокарда), тромбоз мезентериальных сосудов, инфекционные заболевания (токсические парезы).

2. Механическую непроходимость

А. Обтурационную.

- Интраорганный – глистная инвазия, инородные тела, каловые, желчные камни;
- Интрамуральную – опухоли, болезнь Крона, туберкулез, рубцовые стриктуры.
- Экстраорганный – киста брюшины, забрюшинная опухоль, киста яичника, опухоли матки и дополнений.

Б. Странгуляционную.

- Узлообразование;
- Заворот;
- Ущемление грыжи (внешние, внутренние).

3. Смешанную.

- Инвагинация;
- Спаечная непроходимость.

II. По происхождению:

1. Врожденную;
2. Приобретенную.

III. По уровню непроходимости:

1. Высокую;
2. Низкую.

IV. По клиническому течению:

1. Острую;
1. Хроническую;
3. Полную;
4. Частичную.

Клиническая симптоматика

В клиническом течении кишечной непроходимости выделяют три фазы:

- «Илеусного крика»;
- Интоксикации;
- Терминальную – стадия перитонита.

Первым и наиболее частым симптомом кишечной непроходимости является боль в животе, которая в начальных стадиях имеет схваткообразный характер и в начале заболевания определяется в той части живота, где образовалось препятствие. В последующем она становится постоянной, распространяется по всему животу, становится тупой. В терминальную стадию непроходимости интенсивность боли резко уменьшается.

Тошнота и рвота – непостоянные признаки кишечной непроходимости, которые наблюдаются в 60% случаев. Чем выше непроходимость, тем более выраженная рвота. Первые рвотные массы состоят из содержимого желудка с примесями желчи, потом к ним присоединяется кишечное содержимое. В более поздние стадии рвотные массы приобретают каловый запах. При обтурационных формах кишечной непроходимости рвота появляется не сразу, но начавшись, становится непрерывной.

Задержка испражнений и газов – частый и важный симптом кишечной непроходимости. При данной патологии дистально расположенные отделы кишечника не сразу втягиваются в патологический процесс. В связи с этим, при кишечной непроходимости, особенно при высоких ее формах, в первые часы может быть стул, отходят газы. Во время проведения консервативных мероприятий также можно получить отхождение кишечного содержимого.

Вздутие живота особенно характерное для обтурационных форм кишечной непроходимости. Равномерное вздутие живота чаще всего наблюдают при тонкокишечной непроходимости. Если вздутие живота возникает в одном из участков брюшной полости, то такая симптоматика более характерна для толстокишечной непроходимости.

При объективном обследовании обращают внимание на общее состояние больного, которое сначала остается удовлетворительным при обтурационной непроходимости, но может значительно ухудшаться уже в первые часы заболевания при странгуляционной. Ускорения пульса и снижения АД прямо зависят от признаков дегидратации и степени уменьшения ОЦК. Язык сначала влажен, потом становится сухим. Осмотр живота дает возможность обнаружить у больных умеренную степень вздутия и асимметрию. Форма и асимметрия живота зависят от локализации преграды. Равномерное вздутие живота характерное для пареза тонкой кишки и низких форм тонкокишечной непроходимости. При высокой непроходимости наблюдают увеличение живота в верхних отделах; при заворотах - во многих случаях заметная срединная локализация, при инвагинатах - асимметрия чаще всего бывает в правой подвздошной области. Пальпаторно выявляют опухоли, инвагинаты брюшной полости. Оценивают характер, локализацию болезненности, выраженность симптомов раздражения брюшины. В кишечнике обнаруживают "шум плеска" (симптом Склярера). При толстокишечной непроходимости значительный метеоризм в правой подвздошной области (симптом Аншютца).

Перкуторно определяется тимпанит.

При аускультации можно выслушать звуки высокой тональности, которые возникают в результате перемещения жидкости и газа. В запущенных случаях при выслушивании живота кишечные шумы не определяются. В брюшной полости отсутствуют какие-либо шумы. Это явление называют *«могильной тишиной»*.

К патогномическим симптомам кишечной непроходимости относят: симптом Валя - видимая асимметрия в нижней половине живота, видимая перистальтика кишечника, пальпация резистентной опухоли, тимпанит при перкуссии опухоли, симптом Шланге - видимая перистальтика кишечника; симптом Склярера - шум кишечного плеска; симптом Кивуля - металлический звук над раздутой петлей при перкуссии плесиметром; симптом Спасокукоцкого - шум падающей капли. Для инвагинации кишечника характерна триада симптомов: симптом Тилиакса - периодическое появление спастической боли в животе; симптом Руша - наличие эластичной малоболезненной опухоли

в животе и тенезмы при ее пальпации; симптом Крювелье – кровянистые выделения с прямой кишки; признак Бабука – наличие в содержимом клизмы мясных помоев, выявление эритроцитов в содержимом кишечника при клизме.

Все больные с кишечной непроходимостью подлежат ректальному или влагалищному обследованию. Ректальное исследование дает возможность выявить симптом Грекова (“симптом обуховской больницы”) – пустая растянутая прямая кишка, зияние сфинктера, что свидетельствует о непроходимости кишечника. Симптом Цеге-Мантейфеля: в прямую кишку невозможно ввести свыше 500 мл жидкостей.

С учетом фактора времени в клиническом течении синдрома кишечной непроходимости различают три фазы: «илеусного крика», интоксикации, перитонита.

Фаза «илеусного крика» длится 12-16 часов, характеризуется острой приступообразной болью, которая периодически повторяется и бывает иногда настолько сильной, что приводит к шоковому состоянию. В «светлые промежутки» при отсутствии боли состояние больных не ухудшается. Данные «светлые промежутки» могут быть причиной диагностической ошибки во время осмотра больного в данный период. Кроме боли, больных беспокоят тошнота, рвота, задержка стула и газов. Почти всегда положительными являются симптомы Валя.

Фаза интоксикации длится 12-36 часов. В этот период боль теряет приступообразный характер и становится постоянной, появляются вздутие и асимметрия живота, частым является рвота, перистальтика исчезает. Пульс учащается, артериальное давление нормальное или несколько сниженное, задержка испражнений и газов полная. Положительными являются симптомы Валя, Склярова, Кивуля, Щеткина-Блюмберга. В этот период появляются четкие рентгенологические признаки кишечной непроходимости.

Терминальная фаза (перитонита) развивается через 36 часов от начала заболевания. Для данного периода характерным является выраженное нарушение общего состояния и функций ряда органов и систем. Живот резко вздут, перистальтика отсутствует. В свободной брюшной полости четко определяют свободную жидкость, язык сухой, с наслоением коричневого цвета, периодически возникает рвота с фекалоидным запахом. Артериальное давление низкое, пульс частый, малый. Положительными являются все симптомы кишечной непроходимости и симптом Щеткина-Блюмберга. Больные в состоянии эйфории. В связи с глубокими нарушениями обменных процессов,

быстрым развитием инфекции в брюшной полости и тяжелой интоксикацией, этот период непроходимости называют терминальным.

Отдельные формы и виды механической кишечной непроходимости

Динамическая кишечная непроходимость

Динамическая кишечная непроходимость встречается у 4-10% больных острой кишечной непроходимостью.

Различают спастическую и паралитическую ее формы.

Причины динамической острой кишечной непроходимости:

1. Нейрогенные факторы:

А. Центральные механизмы: Черепно-мозговая травма. Ишемический инсульт. Уремия. Кетоацидоз. Истерический илеус. Динамическая непроходимость при психической травме. Спинномозговые травмы.

Б. Рефлекторные механизмы: Перитонит. Острый панкреатит. Брюшно-полостные травмы и операции. Травмы грудной клетки, крупных костей, сочетанные травмы. Плеврит. Острый инфаркт миокарда. Опухоли, травмы и ранения забрюшинного пространства. Нефролитиаз и почечная колика. Глистная инвазия. Грубая пища (паралитическая пищевая непроходимость), фитобезоары, каловые камни.

2. Гуморальные и метаболические факторы: Эндотоксикоз различного происхождения, в том числе, и при острых хирургических заболеваниях. Гипокалиемия, как следствие неукротимой рвоты разного генеза. Гипопротеинемия вследствие острого хирургического заболевания, раневых потерь, нефротического синдрома и т.д.

3. Экзогенная интоксикация: Отравление солями тяжелых металлов. Пищевые интоксикации. Кишечные инфекции (брюшной тиф).

4. Дисциркуляторные нарушения:

А. На уровне магистральных сосудов: Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов (рис.9). Васкулиты мезентериальных сосудов. Артериальная гипертензия.

Б. На уровне микроциркуляции: Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости.



Рис. 9. Мезентериальный тромбоз

Клиническая картина

Спастическая форма динамической кишечной непроходимости встречается значительно реже паралитической (рис. 10).



Рис. 10. Спастическая кишечная непроходимость

Спазмы кишечника могут продолжаться от нескольких часов до нескольких дней. Больные жалуются на сильные схваткообразные боли в брюшной полости, иногда отмечаются повторная рвота желудочным содержимым. Состояние больных остается удовлетворительным, без нарушений сердечно-сосудистой деятельности и дыхания. Язык влажный, живот обычной конфигурации, мягкий, безболезненный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При пальпации иногда удается прощупать спазмированный участок кишечника. При аускультации выслушиваются обычные кишечные шумы. Стул может быть задержан, газы отходят свободно. Мочеиспускание не нарушено. Анализы крови и мочи нормальные. При обзорном рентгенологическом исследовании брюшной полости изменений не отмечается.

Спастическая кишечная непроходимость может возникать на почве травм брюшной полости, заболеваний нервной системы, гиповитаминоза, глистной инвазии, она может быть алиментарного происхождения (переедание, прием грубой пищи и др.). Для спастической кишечной непроходимости, в отличие от механической, не характерны тяжелые нарушения общего состояния, сердечно-сосудистой деятельности, отсутствуют вздутие живота, усиленная перистальтика, симптомы раздражения брюшины. Большое значение имеет рентгенологическое исследование. При спастической кишечной непроходимости отсутствуют чаши Клойбера, характерные для механических ее форм.

Паралитическая кишечная непроходимость характеризуется равномерным вздутием брюшной полости, сопровождающимся периодическими рвотами желудочным, а затем кишечным содержимым, задержкой стула и газов. Больные жалуются на разлитые боли и вздутие живота, задержку стула и газов. Состояние больных ухудшается постепенно ввиду пареза кишечника. Отмечаются повторные рвоты вначале принятой пищей, затем - содержимым тонкого кишечника.

Дыхание грудного типа, учащенное, отмечается умеренная тахикардия. При нарастании симптомов непроходимости отмечаются резкая тахикардия до 130-140 ударов в минуту, гипотония. Живот вздут, при аускультации перистальтика вялая или полностью отсутствует. При пальпации в начальных стадиях живот мягкий, безболезненный. При прогрессировании заболевания и развитии перитонита отмечаются напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга и нарастание симптомов паралитической кишечной непроходимости.

Паралитическая кишечная непроходимость развивается после переизбытка и приема неудобоваримой пищи, при повреждениях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, при нарушении кровоснабжения кишечника и особенно часто - после операций на органах брюшной полости и при перитонитах.

Лечение динамической кишечной непроходимости

Лечение спастической формы динамической кишечной непроходимости консервативное. Больным назначают двустороннюю поясничную блокаду 0,25%-ным раствором новокаина по Вишневскому, введение 1 мл 0,1%-ного раствора атропина, тепло на живот и теплые ванны. Лечение паралитической формы динамической кишечной непроходимости должно быть направлено на ликвидацию основного заболевания. Необходимо, прежде всего, исключить острые хирургические заболевания и повреждения органов брюшной полости (острый аппендицит, внутренние ущемления, перфорации гастродуоденальных язв, острый панкреатит, тромбоз брыжеечных сосудов и др.), требующие срочного хирургического вмешательства. Паралитическая кишечная непроходимость подлежит консервативному лечению с применением двусторонних поясничных блокад по Вишневскому, постоянного отсасывания содержимого желудка и повторных сифонных клизм. Положительный эффект у ряда больных отмечается после внутривенных введений 5-10%-ного раствора хлористого натрия в количестве 50-100 мл, при сохранении перистальтики назначают 1 мл 0,05%-ный раствор прозерина или питуитрина.

При наличии симптомов перитонита показано срочное хирургическое вмешательство. При наличии гангрены кишки производят резекцию в пределах здоровых тканей, у очень тяжелых больных может быть применена резекция омертвевшей кишечной петли с наложением калового свища.

Странгуляционная кишечная непроходимость



Рис. 11. Странгуляционная кишечная непроходимость.

Странгуляционная кишечная непроходимость - отдельный вид кишечной непроходимости, когда кроме сжатия просвета кишки, возникает сжатие сосудов и нервов брыжейки, что быстро приводит к нарушению кровообращения в кишечнике и может вызывать некроз участка кишки (рис. 11).

Различают три вида странгуляционной кишечной непроходимости: заворот, злообразование и ущемление.

Заворот наблюдают в тех отделах кишечника, где есть брыжейка. Содействуют его появлению рубцы и спайки в брюшной полости, длинная брыжейка кишки, голодание с последующим переполнением кишечника грубой едой, усиленная перистальтика кишечника. Злообразование может возникать на любом уровне тонкой и толстой кишок, где подвижная брыжейка. Чаще всего узлы образуются с петель тонкой кишки и сигмообразной кишки. Ущемляющее кольцо формируется тонкой кишкой, а ущемляется сигмообразная кишка.

Заворот тонкой кишки чаще наблюдают в подвздошном отделе (рис. 12). Различают завороты по оси кишки “скручивания” и по оси брыжейки. Начало заболевания остро, боль имеет схваткообразный характер и локализуется в верхнем отделе брюшной полости или возле пупка. Одновременно с болью появляются тошнота, рвота, которые не приносят облегчения. У всех больных быстро наступает задержка стула и газов. Лицо бледное, цианоз губ, выражение лица страдалец, язык сухой. Пульс частый, слабого наполнения, артериальное давление снижено. В начале заболевания перистальтика заметная на глаз (симптом Шланге), при аускультации выслушивают усиленные перистальтические шумы кишечника, живот нормальной конфигурации, мягкий, болезненный в месте странгуляции. Быстро появляется синдром Валя. Через 6-8 часов все явления несколько уменьшаются. Перистальтика кишечника слабеет или совсем отсутствует. Часто можно определить симптом Маттье-Склярова, Кивуля, Спасокукоцкого. В анализе крови определяют нейтрофильный лейкоцитоз, эритроцитоз, увеличение гемоглобина, уменьшение количества альбумина, гипохлоремию. Рентгенологически

диагностируют чаши Клойбера, которые расположены в мезогастральном участке.

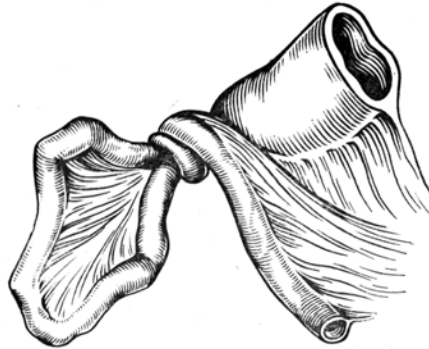


Рис. 12. Заворот тонкой кишки.

Заворот слепой кишки сопровождается на рентгенограммах при лежащем положении больного значительным вздутием единой петли толстой кишки (рис. 13). В связи с тем, что в хорошо подвижной слепой кишке может возникнуть заворот, она занимает одно из трех положений:

- а) под правой половиной диафрагмы;
- б) перед позвоночником;
- в) слева от позвоночника, где следовало ожидать наличие сигмообразной кишки.

Чаще всего перекрученная слепая кишка расположена слева, порой - перед позвоночником, очень редко с правой стороны. Скрученная, раздутая слепая кишка может иметь почковидную или овально-круглую форму. Лейкообразную форму она имеет при локализации раздутой петли слева, кругло-овальную - при локализации перед позвоночником. Почковидная форма слепой кишки возникает при ее перекручивании вокруг поперечной или продольной оси, кругло-овальная - при перекручивании вокруг косой оси (рис.11). В участке раздутого кишечника хорошо видно сокращение стенки слепой кишки и выраженную гаустрацию, исчезновение которых свидетельствует о возможности появления некроза кишки.

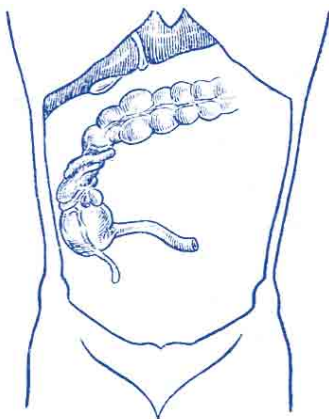


Рис. 13. Заворот слепой кишки.

Заворот илеоцекального угла появляется в 4 % случаев от всех заворотов (рис. 14). Различают три вида заворотов илеоцекального угла: вокруг оси брыжейки, вокруг своей продольной оси и перегиба, вокруг своей поперечной оси. Завороты чаще всего наблюдают в старшем возрасте, поскольку подвижность кишки увеличивается с возрастом. Заболевание начинается остро, сильной болью в животе, преимущественно в правой подвздошной области и вокруг пупка, рвотой, задержкой испражнений и газов (рис.11). Раздутая слепая кишка в большинстве случаев вызывает асимметрию живота, симптом Валя. Для данного вида непроходимости характерны ненастоящие позывы на опорожнение и западание правой подвздошной области – симптом Шимана-Данса. При рентгено-логическом исследовании в правой подвздошной области определяют раздутую слепую кишку и широкий горизонтальный уровень, более лево - несколько тонкокишечных чаш.



Рис. 14. Заворот илеоцекального угла кишечника

Заворот подвздошно-ободочной кишки случается редко и составляет 0,5 % от всех заворотов кишечника. Клиническая картина напоминает симптоматику острой странгуляционной непроходимости. При осмотре и пальпации в средней части живота можно определить болезненные опухолевидные образования. Положительными являются симптомы Матве-Склярова, обуховской больницы. При рентгенологическом исследовании обнаруживают широкую чашу Клойбера в мезогастральном участке. При установлении диагноза важную роль играют немедленные ирригография и колоноскопия, с помощью которых можно определить уровень непроходимости.

Заворот сигмовидной кишки – наиболее частая форма странгуляционной кишечной непроходимости (рис. 15). Болеют в основном мужчины преклонных лет. Заворот сигмовидной кишки связан с развитием складок слизистой в результате рубцовых изменений в стенке кишки. Возникает при наличии длинной сигмовидной кишки и узкого корня брыжейки. Начало заболевания бывает острым. Боль имеет схваткообразный характер и локализуется чаще слева. Рвота долгое

время может отсутствовать, а затем становится частой, с каловым запахом. Кожные покровы бледны, пульс частый. Язык сухой. Всегда наблюдают задержку испражнений и газов. В ранних стадиях заболевания обнаруживают синдром Валя, определяют положительные симптомы Матве-Склярова, Кивуля, Спасокукоцкого. У больных резко выраженная интоксикация, нарушенная гемодинамика. Положительными бывают симптомы обуховской больницы, Цеге-Мантейфеля. При рентгенологическом исследовании определяют раздутую газом сигмовидную кишку в виде большой подковы и широкие уровни возле ее основы, симптом "светлого живота".

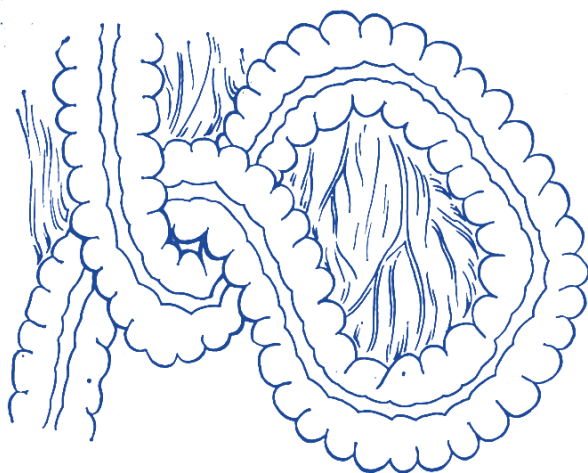


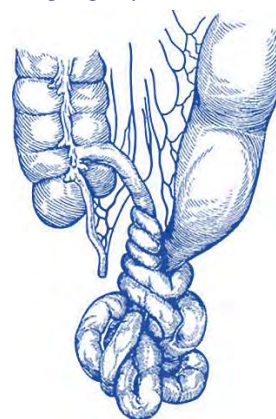
Рис. 15. Заворот сигмовидной кишки.

Узлообразование

Узлообразование - самая тяжелая форма странгуляционной непроходимости (рис. 16). Известны случаи смерти через 12 часов от начала заболевания, что объясняется ранней гангреной кишки, исключением значительной части кишечника, шоком.



а



б

Рис. 16. Узлообразование. а - выявление во время операции; б - схема

Узлообразование дает очень высокий процент летальности, которое достигает 40-50 % невзирая на проведение раннего оперативного вмешательства. Возникает чаще ночью (75 %). Узлообразование

относится к редким формам острой кишечной непроходимости (2–5%). В образовании узлов чаще всего принимают участие петли тонкого кишечника и сигмовидная кишка (90%).

Возможны следующие формы узлообразования:

- из петель тонкого кишечника;
- из петли тонкой и сигмовидной кишок;
- из петли тонкой кишки и илеоцекального отдела кишечника; . из тонкой и поперечноободочной кишки;
- из петли тонкой кишки и червеобразного отростка.

Узлообразование является одной из наиболее тяжелых форм странгуляционной кишечной непроходимости. В связи с вовлечением в процесс значительных отделов кишечника наблюдается тяжелое течение заболевания с выраженными симптомами шока, интоксикации и обезвоживания организма. Состояние больных тяжелое, быстро ухудшается из-за явлений шока и прогрессирующей сердечно-сосудистой слабости. Больные беспокойны, стонут, жалуются на сильные боли в области живота, повторные рвоты и общую слабость. При объективном обследовании наблюдается бледность кожных покровов, нередко - цианоз слизистых. В начале заболевания имеются брадикардия рефлекторного характера, затем - учащение пульса и гипотония. Язык сухой. Живот неравномерно вздут, при пальпации определяется болезненность, а при развитии гангрены кишечника - напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При исследовании прямой кишки выявляется резкое зияние, при развитии гангренозных изменений - выделение крови. Стул отсутствует, отхождение газов прекращается.

Заболевание начинается с появления резкой схваткообразной боли в брюшной полости. Больные не спокойны, не находят себе места в постели. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, покрытые холодным потом. Черты лица заострены, на лице - чувство страха. В начале заболевания возникает брадикардия, которая потом переходит в тахикардию со слабым наполнением пульса. Живот неравномерно вздут, в ранних стадиях мягкий, болезненный при пальпации. Иногда можно пальпировать опухолевидное образование. Позже перистальтика кишечника ослаблена или совсем отсутствует, в отлогих местах живота появляется жидкость. Положительными являются симптомы Маттье-Склярора, Кивуля, Валя. У больных быстро развиваются перитонит, интоксикация, обезвоживание.

В узлообразовании всегда принимают участие два отдела кишечника, чаще всего сигмовидная и тонкая кишки.

В результате обезвоживания отмечается олигурия, у тяжелых больных - анурия. При исследовании мочи нередко отмечают белок, единичные лейкоциты, выщелоченные эритроциты и цилиндры. При исследовании крови нарастают лейкоцитоз и выраженная гипохлоремия.

В запущенных случаях рвота пищевыми массами с примесью желудочного сока и желчи сменяется фекальной рвотой. В этом периоде (через 1-2 дня) в связи с парезом омертвевшей кишки боли могут стихать, мнимое облегчение свидетельствует о падении сопротивляемости организма и прогрессировании интоксикации. Пульс учащается до 100-120 ударов в минуту, наполнение его малое, падает артериальное давление, дыхание становится частым и поверхностным, мочеиспускание редкое, малыми порциями.



Завороты

Завороты составляют, по данным различных авторов, от 10 до 50 % всех случаев непроходимости. Завороты тонкого кишечника относятся к наиболее тяжелым формам острой странгуляционной кишечной непроходимости (рис. 17). Различают тотальные завороты всего тонкого кишечника и частичные, при которых заворачивается часть петель тонкого кишечника.

Рис. 17. Заворот кишечника.

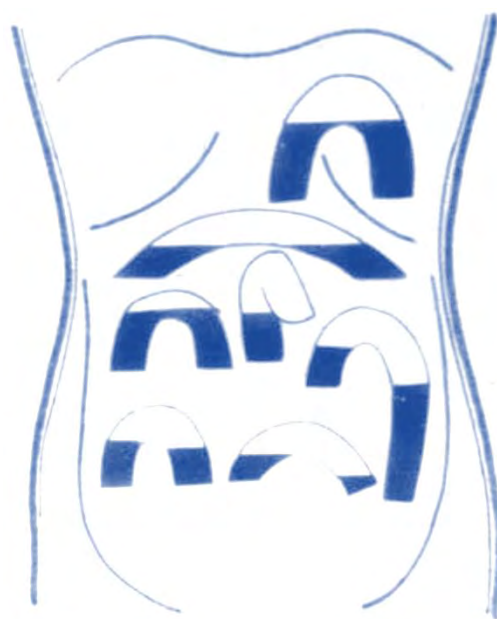
Заворот тонкого кишечника протекает тяжело с выраженной клинической картиной острой непроходимости кишечника. Состояние больных тяжелое и прогрессивно ухудшается вследствие шока, резкого обезвоживания и интоксикации организма. Лицо осунувшееся, страдальческое, губы цианотичны. Характерны тяжелые нарушения сердечно-сосудистой деятельности - учащение пульса, снижение артериального давления, приглушение тонов сердца.

Больные жалуются на сильные схваткообразные боли и вздутие живота, отмечают повторные рвоты вначале съеденной пищей, затем кишечным содержимым. Температура обычно нормальная, изредка бывает субфебрильной, в тяжелых случаях - пониженной. Язык сухой, нередко обложен белым налетом. Живот вздут, у больных с дряблой кишечной стенкой могут контурироваться перистальтирующие петли кишечника. При перкуссии в нижних и боковых отделах брюшной полости может отмечаться укорочение перкуторного звука в связи с наличием транссудата, в участках метеоризма - тимпанический звук. При

пальцевом исследовании прямой кишки отмечается расширение ампулы - симптом Обуховской болезни. При исследовании крови отмечаются лейкоцитоз, сгущение крови, гипохлоремия. Диурез нарушен, имеется олигурия, в тяжелых случаях - анурия. Большое значение для диагностики заворотов тонкого кишечника имеет рентгенологическое исследование брюшной полости, во время которого обнаруживаются множественные горизонтальные уровни жидкости в тонком кишечнике - чаши Клойбера (рис. 18).



а



б

Рис. 18. Выявление чаши Клойбера. а - Рентгенологическое исследование органов брюшной полости; б - схематичное изображение

При заворотах толстой кишки симптоматика определяется локализацией поражения. Наиболее часто встречаются завороты сигмовидной кишки. Они могут наблюдаться в любом возрасте, но преобладают у мужчин пожилого и старческого возраста (до 80%) в связи с возрастными анатомо-физиологическими изменениями. Основными симптомами являются боли в области сигмовидной кишки, задержка стула и газов, повторные рвоты и вздутие живота. При объективном исследовании отмечаются тахикардия и учащенное дыхание, кожные покровы бледные, язык сухой. Живот неравномерно вздут в подчревной области, при пальпации определяются две раздутые петли сигмовидной кишки (симптом Валя). При пальцевом исследовании прямая кишка пуста и резко расширена. Чрезвычайно характерны задержка стула и газов. При попытке произвести очистительную клизму вводимая жидкость быстро вытекает обратно и резко усиливаются боли в брюшной

области. Чрезмерное введение воды опасно, так как может вызвать перфорацию.

Инвагинация

Инвагинация является одной из частых форм непроходимости кишечника (рис. 19). Встречаются в любом возрасте, но преимущественно наблюдаются у детей до 5 лет (75%) и чаще у лиц мужского пола (60-75%).

Различают следующие формы инвагинаций:

- тонкокишечные - тонкой кишки в тонкую;
- толстокишечные - толстой кишки в толстую (рис. 20);
- подвздошно-толстокишечные - подвздошной кишки в толстую;
- инвагинация желудка;
- инвагинация тощей кишки в желудок.

Наиболее частой формой являются инвагинации подвздошно-толстокишечные (80%), при которых происходит внедрение терминальных отделов подвздошной кишки в слепую и далее в восходящую и поперечно-ободочную кишку.

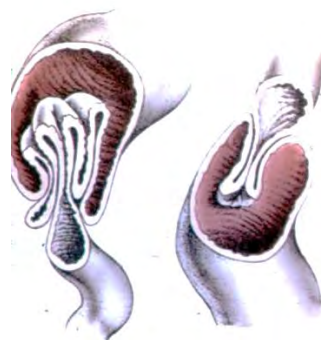


Рис. 19. Виды инвагинации кишечника.



Рис. 20. Инвагинация толстой кишки

Предрасполагающими моментами являются нарушения функции кишечника - поносы, запоры, усиление перистальтики, спазмы и т. д. В связи с этим инвагинации могут осложнить течение дизентерии, брюшного тифа, острых и хронических энтероколитов, аппендицитов, туберкулеза кишечника, а также операций и ушибов брюшной полости, инородных тел, стриктур и опухолей кишечника, глистных инвазий.

Клиническая картина

Больные жалуются на сильные боли в брюшной полости, появившиеся остро и сопровождающиеся повторными рвотами, явлениями частичной или полной обтурационной кишечной непроходимости. При тонкокишечных инвагинациях боли локализуются в пупочной области и носят схваткообразный характер. Отмечается вздутие живота растянутыми кишечными петлями, располагающимися выше инвагината. При аускультации выслушивается усиленная перистальтика. При полной обтурации прекращается отхождение газов и кала, при частичной - отмечается частый жидкий стул с примесью крови и слизи.

Очень характерным симптомом является наличие в брюшной полости инвагината, который пальпируется в виде тестоватой консистенции болезненного образования колбасовидной или шаровидной формы. Его локализация зависит от вида и течения инвагинации. Чаще всего инвагинацию ошибочно трактуют как дизентерию, что объясняется наличием у больных с инвагинацией кровянистых выделений из прямой кишки. В отличие от дизентерии, при инвагинации отмечается выделение алой крови. У больных дизентерией отсутствуют сильные схваткообразные боли в животе, характерные для инвагинации.

При пальцевом исследовании ампула прямой кишки расширена, сфинктер расслаблен. Во время исследования в прямой кишке находят характерные для инвагинации кровянистые выделения. Большое значение для диагностики инвагинаций имеет рентгенологическое исследование с введением контрастного вещества через прямую кишку. При рентгеноскопии и рентгенографии можно обнаружить слепок инвагината в виде колбасовидного изображения, окруженного бариевым кольцом. Для диагностики тонкокишечных инвагинаций в сомнительных случаях необходимо контрастное исследование желудочно-кишечного тракта.

Лечение инвагинаций кишечника

Используют как консервативное, так и оперативное лечение инвагинаций кишечника. Консервативное лечение инвагинаций широко применяется у детей. Оно проводится в ранние сроки после начала заболевания при некоторых формах инвагинаций посредством сифонных клизм и введения воздуха через задний проход. Давление воздуха не должно превышать 25-30 см вод. ст. После консервативного лечения возможны рецидивы инвагинаций и неполное ее расправление. При тонкокишечных инвагинациях, в поздние сроки заболевания (через

12-24 ч), при наличии перитонита попытки расправить инвагинат консервативными методами недопустимы.

При оперативном лечении инвагинаций производят дезинвагинацию, при нежизнеспособной кишке - резекцию кишечника.

Ущемление внутренних грыж с непроходимостью кишечника.

У 95% больных ущемляется петля тонкой кишки, в единичных случаях - поперечноободочная, сигмовидная, слепая кишка и желудок (рис. 21).



Рис. 21. Ущемленная грыжа приводящей кишечной непроходимости.

Больные жалуются на острые схваткообразные боли в брюшной полости, повторные рвоты. Отмечаются вздутие живота, нарушение отхождения стула и газов. Состояние больных тяжелое и быстро ухудшается в связи с развитием интоксикации и перитонита. Диагноз внутреннего ущемления, за исключением внутренних ущемлений бедренных и паховых грыж, обычно ставят во время срочной лапаротомии

Лечение

Все формы странгуляционной кишечной непроходимости подлежат срочному хирургическому вмешательству. Операцию рекомендуется производить под общим обезболиванием с обязательным введением в брыжейку 0,25-0,5%-ного раствора новокаина. Наилучшие условия для выполнения операции дает срединный доступ. Операция состоит в расправлении заворота (деторзия), при гангрене кишки производится резекция кишечника. Оценка жизнеспособности кишки должна проводиться с большой осторожностью, учитывая, что некротические изменения появляются сначала в слизистой оболочке, а серозные покровы поражаются в последнюю очередь и могут быть мало измененными при обширном некрозе слизистой кишечника. Резекция должна производиться в пределах здоровых тканей с удалением не менее 30-40 см приводящей петли тонкого кишечника. Однако необходимо

предостеречь от чрезмерных, в частности тотальных, резекций тонкого кишечника.

При заворотах сигмовидной кишки после выполнения нижней срединной лапаротомии проводят расправление заворота. При некрозе осуществляют резекцию кишки с профилактическим наложением противоестественного заднего прохода. Восстановление проходимости толстого кишечника производится в дальнейшем в плановом порядке.

Обтурационная кишечная непроходимость



Рис. 22. Обтурация опухолью. Иридограмма.

Возникает в результате полной или частичной закупорки просвета кишки без нарушения кровообращения в ее брыжейке (рис. 22). Клиническая картина зависит от причин, которые привели к обтурационной непроходимости. При непроходимости, вызванной желчными камнями, в анамнезе больные жалуются на приступы печеночной колики. Их тревожат схваткообразная боль в животе, рвота, которая может иметь “каловый характер”, внезапно возникать и исчезать. Задержка испражнений и газов имеет интермиттирующий характер.

При осмотре живота обнаруживают асимметрию, при приступах боли видимая перистальтика кишечника. Положительными являются симптомы Валя, иногда можно пальпировать камень в кишке. При аускультации слышны различного тембра шумы, которые потом исчезают при развитии пареза кишечника. Иногда удается пальпировать камень через прямую кишку и вагину. Рентгенологически – наличие воздуха в желчных путях. Уровень жидкости в желчном пузыре при горизонтальном положении больного, расширения обтурированной петли, иногда камень, изменение тени камней при лечении.

Непроходимость на основе закупорки желчным камнем диагностируют на основании:

1. Картины обтурационной непроходимости нижнего отдела тонкой кишки.
2. Наличие газа в желчевыводящих внепеченочных протоках.

Наилучше это видно на рентгеновском снимке, сделанном на левой стороне. Следует помнить, что газ в желчных путях можно обнаружить и при непроходимости сфинктера Одди, свищи желчного пузыря и воспалении желчных путей, в связи с чем, при диагностировании желчного камня этот симптом имеет значение в комплексе с картиной непроходимости.

Закупоривание кишечника аскаридами происходит остро с развитием спастической кишечной непроходимости. Состояние больных быстро ухудшается (общая интоксикация вместе с интоксикацией продуктами распада глистов). При пальпации можно обнаружить опухоли круглой или овальной формы тестообразной консистенции в участке терминального отдела тонкой кишки. При анализе в крови – эозинофилия, в кале – яйца глистов.

Внутрикишечную обтурацию, которая выходит из стенки кишки, могут вызывать опухоли тонкой кишки (0,4-4,0%), опухоли толстой кишки (85,0 %), воспалительные изменения в кишечнике. Диагностика всегда трудная, иногда диагноз устанавливают во время операции. Чаще всего возникает в преклонном и старческом возрасте, характеризуется исхуданием, лихорадкой, запорами, которые изменяются поносом, схваткообразной болью в животе, рвотой, асимметрией живота. Положительными являются симптомы Валя, Кивуля, Склярова. При рентгенографии органов брюшной полости видно чаши Клойбера, пневматизацию кишечника. При анализе кала – положительная реакция Грегерсена. Изменения со стороны крови и мочи возникают поздно: на грани второй и третьей стадий хода обтурационной кишечной непроходимости. Обтурационная кишечная непроходимость может возникать также при внекишечной обтурации – сжатие просвета кишечника опухолями и кистами снаружи. Часто появляется при опухолях органов малого таза. Диагностику проводят при детальном анализе всех симптомов обтурационной кишечной непроходимости, при внимательном исследовании больного через прямую кишку и вагину. След при установлении диагноза – опухолевая кишечная непроходимость – всегда помнить о “синдроме малых признаков”, характерных для опухолей организма.

Обтурация слепой кишки вызывает характерную картину обтурационной непроходимости тонкой кишки.

Обтурация правой половины толстой кишки при нарушении функции баугиниевой заслонки сопровождается вздутием тонкой и толстой кишки между преградой и баугиниевой заслонкой. При неизменной заслонке вздутия возникает только в толстой кишке к

преграде. В результате нарушения функции, что бывает чаще, раздуты почти вся тонкая кишка и соответствующий участок толстой кишки, ровные жидкости у них хорошо видно. При закрытой баугиниевой заслонке в толстой кишке возникает непроходимость за типом непроходимости замкнутой петли со значительным вздутием слепой и восходящей кишки и даже половины поперечноободовой кишки. Вздутие может быть настолько значительным, что приводит к появлению трудностей при проведении дифференциальной диагностики с заворотом слепой кишки. Значительное раздутие закупоренного кишечника указывает на возможность возникновения нарушения кровообращения в стенке.

Инвагинация - вход одного участка кишки в другой. Ее рассматривают как смешанный вид кишечной непроходимости (рис. 23).

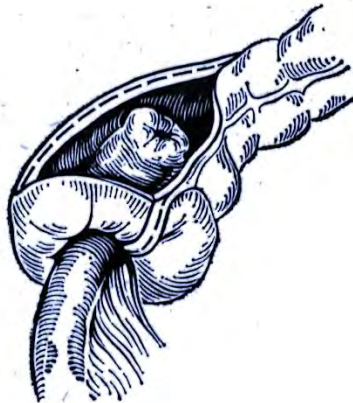


Рис. 23 Тонко-толстокишечной инвагинация.

Инвагинация возникает преимущественно в первые четыре года после рождения ребенка, имеет острый характер, ей характерный острый ход у взрослых и людей преклонных лет. Нелеченая инвагинация вызывает значительную непроходимость смешанного типа с дальнейшим перитонитом, токсемией или, что бывает редко, часть кишки, выходит наружу через прямую кишку.

Если у детей трудно обнаружить причину инвагинации, то у взрослых на верхушке инвагината обнаруживают полип, полипозный рак, дивертикул Меккеля, подслизистую липому, аппендикс, длинную культю после аппендектомии и тому подобное. Данные патологические изменения вызывают усиленную перистальтику, которая приводит к усиленной инвагинации. Таким образом к факторам, которые способствуют инвагинации, относят функциональные и органические нарушения моторики кишечника.

Инвагинация по большей части возникает, когда вышележащий отрезок кишки входит в нижележащий, но в некоторых случаях вход может проходить и восходящим путем. Инвагинация может быть

боковой, когда входит часть стенки кишки, и центральной, когда инвагинируется вся кишка. Различают три вида инвагинации: тонкокишечную, толстокишечную, тонко-толстокишечную.

Чаще всего тонкая кишка входит в толстую в илеоцекальном углу. При простой инвагинации образуется цилиндр, в который входит и брыжейка кишки. Место перегиба внутреннего цилиндра внутри называют головкой, или верхушкой инвагината, а окружность, по которой перегибается внешний цилиндр, - шейкой. Кроме простых инвагинатов, могут быть и более сложные, которые состоят из 5-7 цилиндров.

Морфологические изменения в инвагинате характеризуются обтурацией и ущемлением входной кишки и брыжейки, что приводит к нарушению кровоснабжения кишки и ее гангрены.

Клиническая картина инвагинации разная и зависит от локализации инвагината, степени сжатия брыжейки и длительности заболевания. Основными признаками инвагинации являются: схваткообразная боль в животе, рвота, тенезмы испражнений и газов – симптом Тилиакса, при пальпации опухоль тестообразной консистенции, боль и тенезмы при ее пальпации - симптом - Руша, примеси крови и слизи в кале – симптом Крувелье, наличие в промывных водах после клизмы эритроцитов - симптом Бабука. Часто бывают позывные симптомы Матье-Склярова, Валя, а при илеоцекальной инвагинации - симптом Шимана-Данса. При ректальном исследовании на перчатке оказывается кровь, слизь, иногда можно пропальпировать головку инвагината. Обзорной рентгенографией брюшной полости можно определить гомогенную тень, контрастная масса дает дефект наполнения с различными краями, иногда при наличии неполной страгуляции возникает симптом “тонкой струи”. При ирригографии обнаруживают полумесячные дефекты наполнения в виде “двузуба”, “тризуба”.

Спаечная кишечная непроходимость

Спаечная кишечная непроходимость принадлежит к механической кишечной непроходимости, которая вызывается соединениями брюшной полости врожденного или приобретенного характера.

Спаечная кишечная непроходимость занимает первое место среди всех видов кишечной непроходимости, возникает в 50-60 % случаев. На протяжении последних лет данная форма непроходимости появляется в связи с проведением большего количества операций на органах брюшной полости, успешным лечением перитонита различной

этиологии, травм и воспалительных процессов брюшной полости, повторными оперативными вмешательствами.

Отдельную группу врожденные соединения – тяжы Лейна, срастания и джексоновские мембраны. Причина возникновения данных сращений не известна и до сих пор. Большинство авторов объясняют их появление изменением позиции расположения брюшных органов и вертикальным положением тела человека. Случаются очень редко.

К obturационным формам кишечной непроходимости относят все случаи, которые возникают в результате спаечного процесса с деформацией кишечных петель, к strangуляционной – соединительнотканые и шнурообразные спайки, которые ущемляют стенку кишки или ее брыжейку.

Острая спаечная кишечная непроходимость по большей части имеет смешанный характер с преобладанием явлений strangуляции. Появление в анамнезе схваткообразной боли в животе, тошноты, рвоты задержки испражнений и газов, ускорения пульса при наличии послеоперационного рубца на передней брюшной стенке или воспалительного заболевания органов брюшной полости, травмы, должна наводить на мысль о возникновении острой спаечной кишечной непроходимости. При перегибе или сжатии петли кишки в животе иногда есть боль, которая то появляется, то стихает, то нарастает. Общее состояние больного в промежутках между приступами боли удовлетворительно. При strangуляции оно сразу ухудшается в связи с нарушениями микроциркуляции, возникновением шокового состояния и интоксикации. При объективном обследовании обнаруживают асимметрию живота, положительные симптомы Шланге, Валя, Матье-Склярора. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости наблюдают резкую пневматизацию кишечника, чаши Клойбера. Постепенно нарастает гуморальный синдром Самарина.

Лабораторные и инструментальные методы диагностики

1. Общий анализ крови.
2. Гематокрит.
3. Общий анализ мочи.
4. Биохимический анализ крови.
5. Коагулограмма.
6. Обзорная рентгенография органов брюшной полости.
7. Полстаканная пероральная бариевая проба Шварца.
8. Ирригография.
9. Колоноскопия.
10. Ультразвуковое исследование живота.

11. Лапароскопия.

Лабораторные данные: лейкоцитоз, нейтрофилез с ядерным сдвигом влево. Развиваются: гипокалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия, гипопроteinемия, диспротеинемия. Характерным для кишечной непроходимости является гуморальный синдром Самарина: гипопроteinемия, гипокалиемия, гипохлоремия, гиповитаминоз и гипоксия. При рентгенологическом исследовании на обзорной рентгенограмме обнаруживают чаши Клойбера. При контрастной энтерографии (проба Шварца, зондовая энтерография) наблюдается задержка прохождения контрастного вещества в месте непроходимости.

Некоторую помощь в диагностики оказывает компьютерная томография (рис. 24).

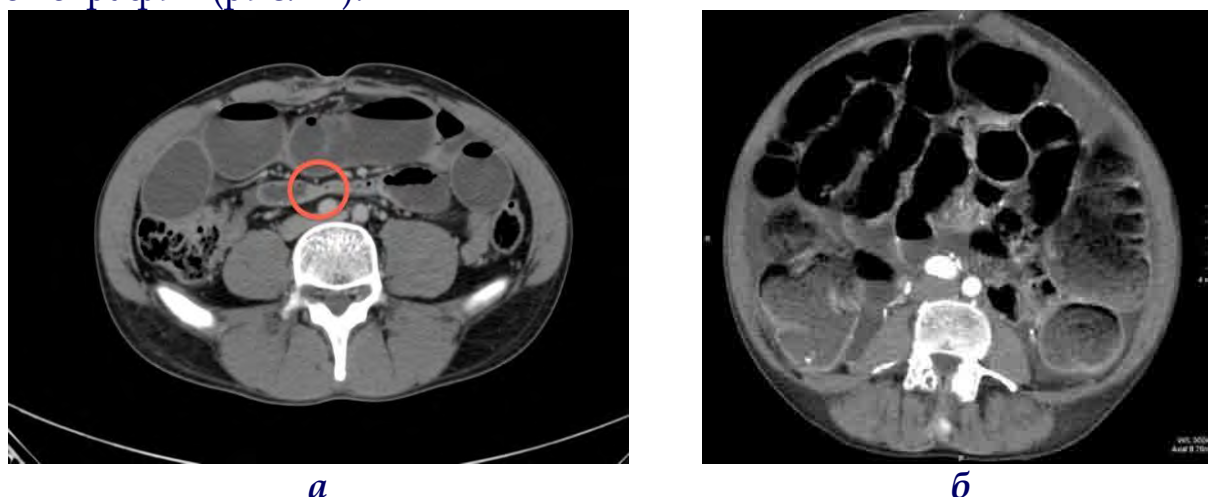


Рис. 24. Компьютерная томография. а - Обтурация тонкой кишки при ее контрастировании; б - Пневматизация кишечника при острой кишечной непроходимости.

При подозрении на толстокишечную непроходимость необходимо применить ирригографию. При завороте сигмовидной кишки бариевая смесь туго заполняет прямую кишку дистальный отдел сигмовидной кишки к месту заворота, где образуется сужение в виде “клюва” или тени “сидячей птички” (рис. 25 а). Кроме того, ирригография дает возможность диагностировать инвагинацию и другие причины обтурационной непроходимости.

Ультразвуковая диагностика позволяет обнаружить перерастянутые петли кишки с горизонтальным уровнем жидкости, наличие метеоризма (рис. 25 б).

С помощью колоноскопии обнаруживают некоторые причины непроходимости толстой кишки (например, опухоль, копростаз, стороннее тело), можно выполнить реканализацию обтурированного опухолью участка кишки, удалить стороннее тело (рис. 26).

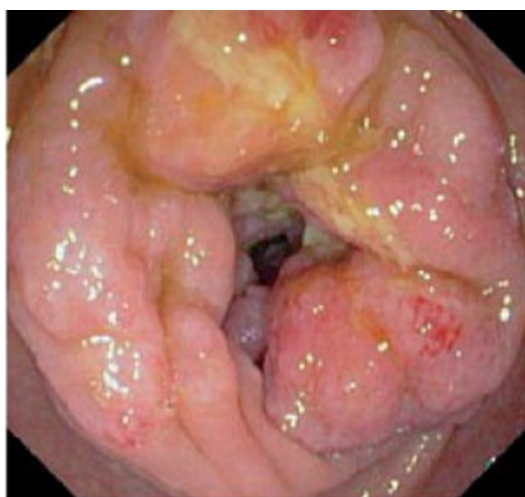


а



б

Рис. 25. Инструментальная диагностика кишечной непроходимости.
а - Иригограмма. Обурационная кишечная непроходимость; б - УЗИ.
Визуализация пневматизированных петель кишечника



а



б

Рис. 26. Инструментальная диагностика кишечной непроходимости.
а - Ректороманоскопия. Опухоль толстой кишки; б - Колоноскопия.
Опухоль толстой кишки.



Лапароскопически определяют состояние кишечника, наличие экссудата, перитонита, его характер, распространенность (рис. 27). Под контролем зрения можно пересечь спайку.

Рис. 27. Лапароскопия. Спаечная болезнь.

Дифференциальный диагноз

При диагностике острой кишечной непроходимости важным является уточнение вида непроходимости (механическая, динамическая), поскольку методы лечения данных видов непроходимости разные. При механической непроходимости вздутия кишечника выражено меньше, чем при динамической, в большинстве случаев возникает в одном из участков брюшной полости. Боль при динамической непроходимости постоянная, при механической имеет схваткообразный характер. Во время проведения рентгенологически исследования определяют, что при функциональной непроходимости диафрагма расположена высоко, движение ее ограничено, желудок расширен с большим количеством газа. При этой патологии чаш Клойбера немного, расположены они на одном уровне, перемещения жидкости из одной петли в другую не наблюдаются. В чашах обнаруживают небольшое количество жидкости, определяют раздутые газом петли кишечника. Ценным методом дифференциальной диагностики является двухсторонняя паранефральная блокада. При динамической кишечной непроходимости после нее состояние больного улучшается, исчезает клиническая симптоматика.

Дифференциальную диагностику острой кишечной непроходимости проводят с острым аппендицитом, прободной язвой, острым холециститом, острым панкреатитом, перекрученной кистой яичника, внематочной беременностью, тромбоэмболией мезентериальных сосудов, почечной коликой, пищевой токсикоинфекцией.

Острый аппендицит и кишечная непроходимость имеют одинаковые признаки: боль, тошнота, рвота, задержка испражнений и газов. Однако при остром аппендиците - боль возникает в эпигастральном участке, а затем перемещается в правую подвздошную область и не бывает такой интенсивной. Боль при кишечной непроходимости имеет разлитой, часто схваткообразный характер с наличием "светлых промежутков". При остром аппендиците обнаруживают напряжение мышц в правой подвздошной области, положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, повышение температуры тела, нейтрофильный лейкоцитоз, что не характерно для острой кишечной непроходимости. Кроме того, при остром аппендиците отсутствуют рентгенологические признаки кишечной непроходимости.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки и острая кишечная непроходимость также имеют общие признаки: сильная боль в животе, внезапное начало, задержка стула и газов. Но при прободной

язве не наблюдают вздутия живота, рвота бывает редко, отсутствующая усиленная перистальтика. При кишечной непроходимости живот длительное время мягкий, безболезненный, часто пальпируют раздутую кишечную петлю, тогда как при перфорации язвы живот доскообразный, резко болезненный, недоступный глубокой пальпации. Возникает резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии в случае прободной язвы отсутствует печеночная тупость, которая сохранена при кишечной непроходимости. При аускультации при прободной язве отсутствует перистальтика кишечника, при непроходимости выслушивают многочисленные кишечные шумы, которые исчезают в терминальной стадии заболевания. Рентгеноскопическим исследованием брюшной полости при прободной язве обнаруживают свободный газ в брюшной полости, при кишечной непроходимости – чаши Клойбера.

Острый холецистит также имеет ряд одинаковых признаков с острой кишечной непроходимостью: внезапная боль, тошнота, рвота, вздутие живота. Вместе с тем, боль при остром холецистите локализуется в правом подреберье, иррадирует в правое плечо и лопатку. Пальпаторно в правом подреберье определяют напряжение мышц, можно пальпировать желчный пузырь. Нередко при данном заболевании возникают высокая температура тела, нейтрофильный лейкоцитоз, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Георгиевского-Мюсси, желтуха. Перечисленных признаков при острой кишечной непроходимости почти никогда не бывает. Данные о кишечной непроходимости всегда подтверждаются рентгенологическим исследованием.

Острый панкреатит и острая кишечная непроходимость характеризуются такими общими признаками: тяжелое состояние больного, внезапное появление боли, парез кишечника, вздутие живота, частая рвота, задержка стула и газов. Тогда как при остром панкреатите боль локализуется в верхней половине живота и имеет опоясывающий характер. Вздутие живота при остром панкреатите бывает только в верхних отделах, часто пальпируют раздутую поперечно-ободочную кишку. Рвота при остром панкреатите частая, с примесями желчи, при кишечной непроходимости – частая с каловым запахом. Задержка испражнений и газов при остром панкреатите не бывает долговременной, усиление перистальтики отсутствует. Важными диагностическими признаками острого панкреатита являются положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона, значительное повышение содержания в крови и диастазы в моче.

Нарушенная внематочная беременность и острая кишечная непроходимость имеют такие общие признаки: сильная внезапная боль в животе, мягкий слабоболезненный живот при пальпации, наличие свободной жидкости в брюшной полости, нормальная температура тела. Боль при нарушенной внематочной беременности локализуется внизу живота, а при кишечной непроходимости – по всему животу. Кроме этого, при нарушенной внематочной беременности больные жалуются на нарушение менструального цикла, головокружение, общую слабость, обморок. В крови выраженная анемия. В тяжелых случаях для установления диагноза важное значение имеет пункция заднего свода влагалища.

Почечная колика и острая кишечная непроходимость также имеют ряд общих признаков: схваткообразная боль в животе, которая возникает внезапно, вздутие живота, задержка испражнений и газов, беспокойное поведение больного. Тогда как боль при почечной колике иррадирует в пах, бедро, сопровождается дизурическими явлениями, чего не бывает при кишечной непроходимости. Для почечной колики свойственная гематурия. Рентгенологически при почечной колике можно обнаружить конкременты в почках, мочеточниках, при кишечной непроходимости – чаши Клойбера.

Уремия в некоторых случаях может перебегать с болью в животе, его вздутием, задержкой испражнений и газов. Но при уремии определяют запах мочевины из рта, наблюдают значительные изменения со стороны анализа крови (большое содержание мочевины, креатинина) и мочи, не какие свойственные острой кишечной непроходимости.

При пищевом отравлении в анамнезе, как правило, имеющиеся указания об огрехах у еды, употребления недоброкачественной еды. Болевой синдром не является основным при данной патологии. Боль в животе предшествует частым жидким испражнениям, после которых боль исчезает, состояние больного временно улучшается. При острой кишечной непроходимости он имеет схваткообразный характер, жидкие испражнения могут быть только в начале заболевания, когда освобождается дистальный отдел кишечника. Температура тела при пищевой токсикоинфекции часто повышена, при кишечной непроходимости – в пределах нормы. При пищевой токсикоинфекции отсутствующая рентгенологическая картина, характерная для кишечной непроходимости.

Нижнедолевая пневмония может также сопровождаться болью в животе, напряжением мышц передней брюшной стенки, вздутием живота. При пневмонии наблюдают покраснение лица, одышку,

ограниченную подвижность грудной клетки на стороне поражения. Аускультативно в легких прослушивают разнокалиберные хрипы, шум трения плевры, приперкуссии – притупление легочного звука. Рентгенологическое исследование грудной клетки и брюшной полости подтверждает наличие пневмонии и исключает кишечную непроходимость. При абдоминальной форме инфаркта миокарда у больных определяют боль в животе, вздутие живота, тошноту, рвоту, задержку испражнений и газов. Тогда как при инфаркте миокарда на первом месте такие симптомы: тахикардия, снижения артериального давления, глухие тона сердца, расширения границ сердца. Исследование и анализ ЭКГ в данных случаях – один из решающих методов диагностики. При этом следует учитывать анамнез заболевания: боль в области сердца, чувства страха и тому подобное.

Расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты также часто сопровождается болью в животе, тошнотой, рвотой, отсутствием перистальтических шумов кишечника. Но данная патология сопровождается анемией. Передняя брюшная стенка втянута и принимает участие в акте дыхания. Пальпаторно по средней линии живота и несколько вправо определяют, продолговатой формы новообразование, которое пульсирует под пальцами. Над ним четко слышен систолический шум.

Обтурация левой половины толстой кишки также вызывает вздутие тонкой и толстой кишок, но самое частое вздутие наблюдают в толстой кишке, особенно расширяется наиболее податливая слепая кишка.

Лечебная тактика и выбор метода лечения.

Тактика до операции.

1. Дренирование желудка, очистительная (сифонная при необходимости) клизма, спазмолитики, паранефральная блокада.

Все мероприятия должны занимать не более двух часов с момента поступления больного в стационар.

2. В случае разрешения кишечной непроходимости после проведения консервативной терапии больной подлежит полному клиническому обследованию с целью выяснения причины непроходимости.

3. В случае отсутствия эффекта от консервативного лечения показана экстренная операция.

Хирургическое лечение

Предоперационная подготовка включает в себя следующие процедуры:

1. Дренирование желудка постоянным зондом.

2. Введение препаратов для регуляции системы дыхания, кровообращения и других жизнеобеспечивающих органов и систем.

3. Инфузионная терапия в необходимом объеме под контролем ЦВД.

Обязательным является правило трех катетеров: катетер в центральную вену, зонд в желудок (рис. 28, 29), катетер в мочевой пузырь.

Премедикация: омнопон, атропина сульфат, димедрол.

Обезболивание – методом выбора должен быть эндотрахеальный наркоз.



Рис. 28. Назогастроинтестинальный зонд

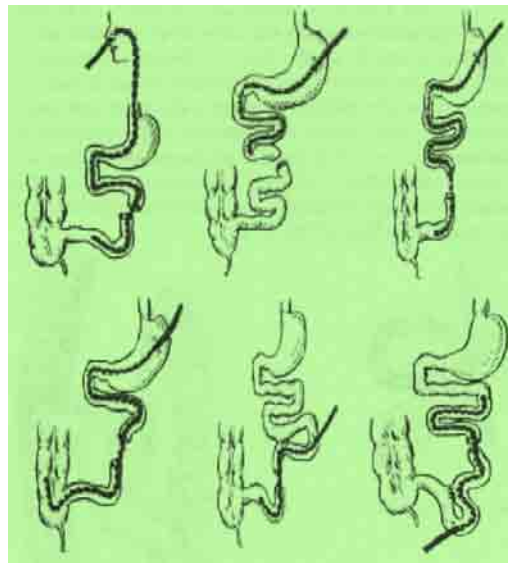


Рис. 29. Типы назогастроинтестинального зондирования

Операционный доступ – средне – срединная лапаротомия с расширением ее после интраоперационной ревизии и оценки ситуации.

Ревизия и осмотр внутренних органов брюшной полости системный, тщательный. Петли кишечника следует перемещать осторожно, с помощью увлажненных салфеток.

Основное задание оперативного лечения кишечной непроходимости – устранение непроходимости и установления жизнеспособности кишки. Декомпрессию тонкой кишки осуществляют с помощью ее назогастральной интубации, толстой – через прямую кишку. Возможная декомпрессия через энтеротомическое отверстие в отводной петле, через гастростому и цекостому. Жизнеспособность кишки определяют визуально по цвету, перистальтике и пульсации сосудов, а также с помощью доплерографии, ЭМГ, спектроскопии. Таблица 2.

При нежизнеспособности кишки проводят резекцию измененного участка кишки с удалением приводящей петли на протяжении 40 сантиметров от зоны некроза и отводящей 20 сантиметров от зоны

некроза со следующим наложением анастомоза бок в бок или конец в конец (рис. 30).

Если причина непроходимости раковая опухоль, можно применять разные тактические варианты в соответствии с интраоперационной ситуацией.

При опухолях слепой, восходящей ободочной кишки и печеночного угла ободочной кишки возможные следующие варианты:

1. Когда нет признаков перитонита показана правосторонняя гемиколэктомия.

2. При перитоните, тяжелом состоянии больного – илеостомия, лаваж и дренирование брюшной полости.

3. При неоперабельной опухоли и отсутствии перитонита – илеотрансверзостоми.

Таблица 2.

Определение жизнеспособности ущемленной кишечной петли

Признак	Кишка жизнеспособная	Кишка нежизнеспособная
Цвет	Синеватая, темно-красная	Черно-зеленая, темно-синяя
Вид брюшины	Гладкая с одиночными кровоизлияниями под брюшиной	Без блеска, матовая, множественные кровоизлияния под брюшиной
Состояние брюшины	С пульсацией сосудов, нет тромбов	Тромбоз сосудов, нет пульсации
Перистальтика	Редко	Отсутствует
Реакция на раздражение теплым физраствором	Цвет красный, появляется перистальтика, пульсация сосудов	Цвет не меняется, нет пульсации сосудов и перистальтики

При опухолях селезеночного угла и нисходящего отдела ободочной кишки:

1. Без признаков перитонита показанная левосторонняя гемиколэктомия с колостомией.

2. При перитоните и тяжелых гемодинамических расстройствах следует ограничиться трансверзостомией.

3. Если опухоль неоперабельная и перитонита нет следует наложить обходной анастомоз.

При опухолях сигмовидной кишки показана резекция участка кишки с опухолью за методикой Гартмана или наложение двустольной колостомы.

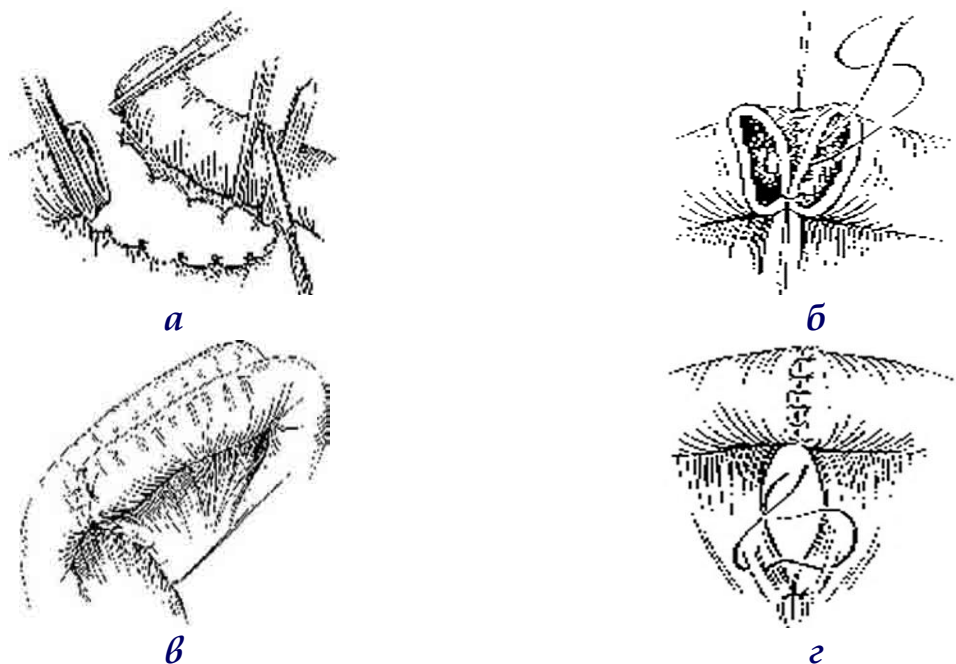


Рис. 30. Этапы резекции кишки. а- Этап мобилизации; б – Формирование анастомоза; в - Энтерозэнтероанастомоз бок-в-бок; г - Ушивание брюшины.

Устранение странгуляционной кишечной непроходимости.

При узлообразовании и завороте, если нет некроза кишки, следует развязать узел и ликвидировать заворот. При некрозе необходимо выполнить резекцию кишки по классическим правилам. При перитоните операцию заканчивают кишечной стомой. В случае инвагинации проводят дезинвагинацию, при некрозе – резекцию, при перитоните – илеостомию. При завороте сигмы на почве долихосигмы после расправления заворота следует выполнить мезосигмопликацию за Гаген-Торном. При спаечной кишечной непроходимости пересекают спайки, ликвидируют “двустволки”. С целью профилактики спаечной болезни брюшины брюшную полость промывают раствором фибринолитиков.

При обтурации кишки желчным камнем или клубком аскарид выполняют энтеротомию на здоровом участке кишки с удалением препятствия (камня или аскарид). Иногда клубок аскарид можно переместить в толстую кишку. В конце операции при всех видах кишечной непроходимости брюшную полость тщательным образом saniруют, дренируют. Операцию заканчивают интубацией кишечника.

Стентирование обтурации при кишечной непроходимости

Нередка ситуация, когда опухоль толстой или прямой кишки достигает значительных размеров и своей массой перекрывает просвет кишечника, вызывая острую или хроническую толстокишечную непроходимость. В такой ситуации не всегда удастся сразу убрать опухоль из-за высокого риска осложнений (особенно при острой

непроходимости) и надо предварительно выводить кишку выше опухоли на переднюю брюшную стенку (колостому) для того, чтобы разрешить непроходимость, а удалять опухоль позже.



Рис. 31. Стентирование обтурации при кишечной непроходимости

В последнее время все большее распространение получают саморасширяющиеся сетчатые системы (так называемые стенты), вводимые в просвет кишки на уровень опухоли с помощью эндоскопа (рис. 31). После установки стента он расширяется, раздвигая ткань опухоли и восстанавливает свободный просвет кишечника. Это позволяет избежать наложения колостомы (так как непроходимость разрешается естественным путем) и выполнить операцию без выведения кишки (с наложением анастомоза). В тех случаях, когда по тем или иным причинам убрать опухоль невозможно или нецелесообразно (наличие метастазов, тяжелое общее состояние больного и так далее), стентирование значительно снижает риск развития кишечной непроходимости в процессе роста опухоли и тем самым избавляет больного от наложения колостомы.

Колостомия

Колостомия — выведение отрезка (или отрезков) ободочной кишки или ее петли в рану передней брюшной стенки (рис. 32).



Рис. 32. Колостома

Колостома может быть как *временной*, так и *постоянной*, но в обоих случаях ставит целью решение трех основных задач:

- 1) полностью отвести кишечное содержимое;
- 2) осуществить декомпрессию толстой кишки;

3) заместить функцию отключенных или удаленных отделов толстой кишки.

К настоящему времени выработаны общие требования к методике, технике и выбору места при формировании колостомы. С учетом этих требований различают несколько типов колостом: пристеночную, двуствольную (петлевую), отдельную двуствольную и одноствольную концевую.

Пристеночная колостома позволяет осуществить только декомпрессию кишечника. Кишечное содержимое лишь частично поступает в сформированное отверстие. Достигнуть полного отключения дистальных отделов толстой кишки не удастся. Характерным примером пристеночной колостомы является цекостома.

Двуствольная (петлевая) колостома формируется из наиболее подвижных сегментов толстой кишки - поперечной ободочной или сигмовидной. Отличительной особенностью петлевой колостомии является наличие сохраненной задней стенки колостомы, которая образует неподатливую «шпору». В такой ситуации кишечное содержимое имеет выход только через сформированное отверстие в стоме и не проникает в отводящее колено кишки.

Раздельная двуствольная колостома формируется при операциях, сопровождающихся резекцией различных отделов толстой кишки, когда имеются противопоказания к одномоментному восстановлению непрерывности кишечника. При раздельной колостомии полностью отключаются дистальные отделы толстой кишки, поскольку приводящий и отводящие отрезки колостомы разобщены.

Принципы ведения послеоперационного периода.

После операции больного следует перевести в реанимационное отделение.

1. Диета зависит от характера и объема оперативного вмешательства.

2. Физический режим. В первые дни положения больного в постели с приподнятым головным концом (положение Фаулера). Дыхательная гимнастика, перкуссионный массаж грудной клетки. Раннее вставание из кровати. Швы снимают на 8-9 день.

3. Выписка на 10-12 день после операции при неосложненном течении.

4. Дезинтоксикационная, заместительная инфузионная терапия (коллоидные, солевые растворы, глюкоза).

5. Улучшение реологических свойств крови (реополиглюкин, рефортан, стабизол).

6. Антибиотики широкого спектра действия в комбинации с препаратами трихопола (метронидазол).

7. Нормализация электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия (растворы солей калия, натрия, кальция, натрия гидрокарбоната).

8. Нормализация систем дыхания, кровообращения, сердечной деятельности (кордиамин, сульфокамфокаин, коргликон, строфантин, курантил, феноптин).

9. Профилактика тромбоэмболических осложнений.

10. Профилактика печечно-почечной недостаточности (аскорбиновая, глютаминовая, липоевая кислоты, метионин, эссенциале).

11. Механическая, химическая и электрическая стимуляция ЖКТ (клизма с гипертоническим раствором, калимин, прозерин).

12. Общеукрепляющая, иммуностимулирующая терапия (витамины, метилурацил, препараты тимуса, анаболические гормоны).

13. Гормональная терапия по показаниям.

14. ГБО, экстракорпоральные методы детоксикации, энтеросорбция по показаниям.

Осложнения в послеоперационном периоде.

1. Некроз strangulированной петли кишки. Тактика: релапаротомия, резекция кишки или энтеростомия. Туалет и дренирование брюшной полости.

2. Кровотечения. Тактика: релапаротомия, остановка кровотечения, туалет и дренирование брюшной полости.

3. Несостоятельность швов анастомоза. Тактика: релапаротомия, энтеростомия, туалет и дренирование брюшной полости.

4. Абсцессы брюшной полости. Тактика: раскрытие и дренирование полости абсцесса.

5. Кишечные свищи. Лечение консервативное. Туалет кожи в участке свища (цинковая паста, гипсово-жировая паста, паста Ласара, клей БФ-6, защитные пленки). Операция в ранние сроки показана больным при высоких полных свищах через быстрое истощение, обусловленное большими потерями воды, электролитов и белка. Выполняют резекцию петли со свищем и интубацию кишечника.

6. Спаечная болезнь брюшины. Тактика: При ранней спаечной кишечной непроходимости – релапаротомия, разъединение соединений, интубация кишечника. Без явлений непроходимости – диетотерапия, лечебная гимнастика, физиотерапевтическое лечение (ионофорез с протеолитическими ферментами). Диспансерное наблюдение.

Глава 6. Острый перитонит

Цель: Усвоить клинику, диагностику, дифференциальную диагностику различных клинических форм распространенного и ограниченного перитонита. Научиться определять лечебную тактику, показания и противопоказания к консервативному и оперативному лечению, выбор вида обезболивания и оперативного вмешательства, принципы ведения пред- и послеоперационного периода, проведения экспертизы нетрудоспособности и реабилитации после операций по поводу распространенного и ограниченного перитонита.

Профессиональная ориентация студентов: Перитонит – одно из наиболее грозных жизнеопасных осложнений острых заболеваний (80%) и травм органов брюшной полости (4-6%). В 12-15% он является послеоперационным осложнением. Летальность при перитонитах зависит от клинических стадий, причин, возраста больных и составляет в среднем от 10 до 40%. Уменьшение летальности от перитонита зависит от качественной ранней диагностики и своевременного комплексного лечения.

Методика выполнения практической работы.

Алгоритм общения студентов с пациентами с любой патологией, которая рассматривается по теме (коммуникативные навыки):

1. Поздороваться и назвать себя.
2. На лице должна быть приветливая улыбка - это позволяет установить к Вам доверительное отношение со стороны пациента.
3. Пациенту в приятной форме следует объяснить цель визита, тему и длительность беседы и получить его согласие.
4. Если пациент только поступает в стационар провести корректную и спокойную беседу с его родственниками, в которой вместе с лечащим врачом сообщить им о предыдущем диагнозе, цели госпитализации, проведения определенных обследований, которые планируются для выполнения в будущем.
5. Перед проведением физикальных методов обследования объяснить пациенту какое обследование будет выполнено, указать на определенные неприятные ощущения и дискомфорт, которые может почувствовать пациент во время этого обследования, отметить обязательность этого обследования в диагностике данного заболевания и получить его согласие.
6. При необходимости транспортировки к месту обследования (обзорная комната, эндоскопическое отделение, рентгенкабинет, УЗИ-кабинет) объяснить ее необходимость пациенту.
7. Подготовиться к проведению обследования (для данных патологий имеется в виду пальпация, перкуссия, аускультация живота для диагностики патогномонических симптомов, эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с целью

- диффдиагностики, УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография живота, при надобности - колоноскопия) – помыть руки теплой водой, надеть перчатки.
8. Провести то или другое запланированное обследование или лечебную манипуляцию.
 9. Вместе с лечащим врачом в корректной и доступной для понимания пациентом форме объяснить результаты того или другого обследования.
 10. Привлечь близких пациента к беседе и в доступной форме объяснить им результаты данных обследований, а при наличии предыдущих обследований сравнить их результаты, обязательно выяснив понятны ли для них ваши объяснения.
 11. Обязательно только в присутствии лечащего врача обосновывать целесообразность оперативного вмешательства для лечения данной патологии у курируемого больного.
 12. После проведения хирургического лечения только в присутствии лечащего врача и при его согласии следует сообщить результаты оперативного вмешательства больному и его родственникам, а также о возможности возникновения тех или иных ранних или отдаленных послеоперационных осложнений.
 13. При условиях обследования больного в послеоперационном периоде следует объяснить пациенту как верно выполнять гигиенические процедуры и тому подобное.
 14. В вежливой форме получить согласие пациента на участие в перевязке.
 15. Вместе с лечащим врачом объяснить пациенту, а при потребности и ближайшим родственникам, те или другие действия относительно манипуляций, которые выполнены или планируются выполняться в будущем, а также тактику последующего лечения.
 16. При условиях завершения хирургического лечения той или другой патологии выведением стомы информировать стомированных пациентов о возможностях последующей реабилитации, улучшения качества жизни.
 17. Завершить беседу следует обязательно с пожеланием пациенту самого быстрого выздоровления.

Вопросы, на которые студент должен дать ответ:

1. В чем состоят анатомо-физиологические особенности париетальной и висцеральной брюшины?
2. На какие топографо-анатомические области, пространства делят брюшную полость?
3. Какие основные причины возникновения острого перитонита, механизм его развития?

4. Приведите классификацию острого перитонита по причинам развития, распространенности воспалительного процесса в брюшине, стадиям, характеру экссудата и микрофлоры?
5. Какие стадии клинического течения острого распространенного гнойного перитонита?
6. Дайте общую клиническую характеристику первой стадии (реактивной) острого распространенного гнойного перитонита.
7. Какая общая клиническая характеристика второй стадии (токсической) острого распространенного гнойного перитонита?
8. Какая общая клиническая характеристика третьей стадии (терминальной) острого распространенного гнойного перитонита.
9. В чем состоит диагностическая программа обследования больных с острым перитонитом?
10. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо использовать для верификации острого перитонита?

Вопросы, на которые студент должен дать ответ:

1. Какие особенности течения клинической картины острого воспалительного перитонита, диагностика, лечение?
2. Какие особенности течения клинической картины острого перфоративного перитонита, диагностика, тактика лечения?
3. Какие особенности течения клинической картины острого ферментативного перитонита, диагностика, лечение?
4. Какие особенности течения клинической картины острого посттравматического перитонита, диагностика, лечение?
5. Какие особенности течения клинической картины острого послеоперационного перитонита, диагностика, лечение?
6. Особенности клинической картины острого гинекологического перитонита, диагностика, лечебная тактика.
7. Определение понятий: «местный», «диффузный» «разлитой» и «общий» перитониты, клинические признаки, диагностика и лечение.
8. Какие основные методы верификации диагноза «острый распространенный гнойный перитонит»?
9. Какие нарушения водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия возникают у больных с острым распространенным гнойным перитонитом?
10. Какие особенности предоперационной подготовки больных с распространенным и гнойным перитонитом?
11. Какие современные принципы оперативного лечения больных с острым распространенным перитонитом в зависимости от стадий клинического течения заболевания?

12. Что такое лапаростомия и назогастроинтестинальная интубация кишечника при лечении распространенного гнойного перитонита. Показания, противопоказания к применению?
13. Какие особенности ведения послеоперационного периода у больных с острым распространенным перитонитом?
- Как проводят экспертизу нетрудоспособности и реабилитацию больных после операций по поводу острого распространенного гнойного перитонита.
 - Определение понятия: «ограниченный перитонит».
 - Классификация ограниченных перитонитов (по локализации, фазе клинического течения).
 - Поддиафрагмальный абсцесс. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика поддиафрагмального абсцесса.
 - Клинические признаки, диагностика, дифференциальная диагностика абсцесса дуоденального пространства.
 - Особенности клиники, диагностики, дифференциальной диагностики межкишечных абсцессов.
 - Современные методы верификации диагноза ограниченного перитонита (обзорная рентгенограмма, УЗИ, лапароскопия, рентгенологические методы).
 - Лечебная тактика при ограниченном перитоните. Выбор объема и метода консервативного и оперативного лечения при разных клинических формах ограниченного перитонита.
 - Экспертиза нетрудоспособности и реабилитация больных после операций по поводу ограниченного перитонита.
 - Туберкулезный перитонит, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика туберкулезного перитонита.
 - Принципы консервативного и оперативного лечения больных с различными формами туберкулезного перитонита.
 - Основные принципы коррекции водно-электролитного равновесия и метаболических нарушений при перитонитах.
 - Реабилитация и экспертиза нетрудоспособности больных после операции по поводу перитонитов.

Программа самоподготовки студентов:

- Выучить анатомо-физиологические особенности париетальной и висцеральной брюшины?
- На какие топограф-анатомические участки, пространства делится брюшная полость?

- Усвоить основные причины возникновения острого перитонита, механизм его развития.
- Выучить классификацию острого перитонита по причинам возникновения и распространенности воспалительного процесса в брюшине, стадиях развития, характером экссудата и микрофлоры.
- Усвоить стадии клинического течения острого распространенного гнойного перитонита.
- Описать общую клиническую картину первой стадии (реактивной) второй стадии (токсической) и третьей стадии (терминальной) острого распространенного гнойного перитонита.
- Обосновать диагностическую программу обследования больных, лабораторные и инструментальные методы исследования, которые следует использовать для верификации острого перитонита.
- Дать определение понятия и классификацию острого распространенного перитонита.
- Усвоить стадии клинического течения острого распространенного гнойного перитонита.
- Выучить общую клиническую характеристику острого распространенного гнойного перитонита.
- Знать особенности клинической картины острого распространенного гнойного перитонита в зависимости от причины и фазы клинического течения.
- Выучить дифференциальную диагностику острого распространенного гнойного перитонита.
- Какие нарушения водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия возникают при остром распространенном гнойном перитоните?
- Методы верификации диагноза: острый распространенный гнойный перитонит
- Знать лечебную тактику и особенности предоперационной подготовки при распространенном гнойном перитоните.
- Принципы оперативного лечения больных с острым распространенным перитонитом в зависимости от фазы (стадий) клинического течения.
- Ведение послеоперационного периода у больных с острым распространенным перитонитом.
- Ознакомиться с экспертизой нетрудоспособности и реабилитацией больных после операций по поводу острого распространенного гнойного перитонита.
- Определить понятие «ограниченный перитонит» его классификация (по локализации, стадией клинического течения).

- Поддиафрагмальный абсцесс. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.
- Абсцесс дугласового пространства, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.
- Выучить особенности клиники, диагностики, дифференциальной диагностики, лечебной тактики межкишечных абсцессов.
- Усвоить современные методы верификации диагноза ограниченного перитонита (обзорная рентгенограмма, УЗИ, лапароскопия, рентгенологические методы).
- Усвоить лечебную тактику при ограниченных перитонитах. Выбор объема и метода консервативного и оперативного лечения при различных клинических формах ограниченных перитонитов.
- Знать экспертизу нетрудоспособности и реабилитации больных после операций с ограниченными перитонитами.
- Ознакомиться с классификацией, клиникой, диагностикой, дифференциальной диагностикой и принципами консервативного и оперативного лечения больных с туберкулезным перитонитом.
- Выучить основные принципы коррекции водно-электролитного равновесия и метаболических нарушений при перитонитах

Исходный уровень знаний и умений проверяется путем решения ситуационных задач из темы, ответами на тесты и конструктивные вопросы, (наличие комплектов тестов и ситуационных задач у преподавателя)

Студент должен знать:

- Анатомо-физиологические особенности брюшины.
- Топографию брюшной полости.
- Определение понятия перитонит. Етиопатогенез острого перитонита.
- Классификацию перитонитов.
- Клинику, диагностику, дифференциальную диагностику острого распространенного гнойного перитонита в зависимости от причин и стадий клинического течения.
- Клинику, диагностику, дифференциальную диагностику ограниченного перитонита (инфильтрат, абсцессы брюшной полости).
- Диагностику и лечебную тактику при туберкулезном перитоните.
- Особенности течения и дифференциальную диагностику псевдоперитонита (при сахарном диабете, болезни Шейнлайн-Гейноха, уремии).
- Особенности предоперационной подготовки больных с распространенным гнойным перитонитом.
- Принципы оперативного лечения больных с различными клиническими вариантами острого перитонита.

- Особенности ведения послеоперационного периода у больных с острым перитонитом.
- Экспертизу нетрудоспособности и реабилитацию больных после операций по поводу различных клинических форм перитонита.

Студент должен уметь:

- Собрать анамнез у больного с подозрением на перитонит.
- Определить основные клинические признаки и симптомы при различных клинических формах распространенного перитонита.
- Определить основные клинические признаки и симптомы различных клинических форм ограниченного перитонита.
- Определить основные клинические признаки и симптомы клинических форм туберкулезного и псевдоперитонита.
- Определять наличие свободного, ограниченного газа и жидкости в брюшной полости, шум плеска и нарушение перистальтики.
- Аргументировать и формулировать предварительный диагноз острого перитонита.
- Составить план обследования больного и интерпретировать результаты исследований (общий анализ крови, мочи, рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта - обзорная рентгенограмма), УЗИ, биохимическое исследование крови, клиническое, биохимическое и бактериологическое исследование содержимого брюшной полости).
- Определить лечебную тактику, показания и противопоказания к оперативному вмешательству, правильно обосновать предоперационную подготовку, вид обезболивания, оперативный доступ и вид вмешательства в зависимости от клинической формы и стадии перитонита.

Введение

Перитонит (peritonitis) - острое или хроническое воспаление пристеночного (париетального) и внутренностного (висцерального) листков брюшины, которое возникает в результате действия на нее микроорганизмов, физических или химических факторов, проявляется как местными изменениями (рис. 1), так и общими расстройствами функционального состояния разных органов и систем организма.

Актуальность темы

Острый распространенный перитонит является одним из самых тяжелых и самых частых заболеваний в абдоминальной хирургии. Большинство острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости осложняются перитонитом (острый аппендицит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острый

холецистит, панкреонекроз, перфорация полостных органов и их травматическое повреждение). По данным О.О. Шалимова, В.С. Савельева, В.Д. Федорова, 16-20% острых хирургических заболеваний органов брюшной полости осложняются острым распространенным перитонитом.



Рис 1. Местные изменения при перитоните.

По данным статистики перфорация желудка и двенадцатиперстной кишки является причиной развития перитонита у 30-35% больных, толстой кишки - у 20-25%, тонкой - у 10-15%, острый аппендицит - у 20-25%, другие причины - у 10% (А.А. Гринберг, А.С. Ермолаев, 2000).

Острый распространенный перитонит является основной причиной смерти при всех острых заболеваниях органов брюшной полости. Летальность от перитонита по данным II Международного конгресса хирургов (Москва, 1995), составляет от 20 до 40%, в зависимости от его вида, причины развития и состояния защитных сил организма. Ни достижения в антибактериальной терапии, ни внедрения новых методов лечения (перитонеальный диализ, управляемая лапаротомия, программированная релапаротомия), ни современные достижения интенсивной терапии не обеспечивают желаемых результатов лечения острого перитонита. Поэтому не потерял своей актуальности афоризм выдающегося немецкого хирурга Вагнера (1896 г.): *«Я и мое поколение воспитаны в страхе перед богом и перитонитом»*. Почти через 100 лет К.С. Симонян, который поставил высказывание Вагнера эпиграфом к монографии, посвященной проблемам перитонита, отметил, что *«... страх перед богом прошел, а*

перед перитонитом – остался». Сегодня, в начале нового тысячелетия, можно утверждать, что в нашей стране страх перед богом возвращается, а перед перитонитом - остается. Правда, благодаря внедрению новых методов лечения летальность от перитонита несколько снизилась, хотя стойкой тенденции к значительному снижению пока еще не прослеживается.

Улучшения результатов лечения можно достичь только путем сочетания усилий хирургов, анестезиологов и реаниматологов.

Историческая справка

Воспалительные процессы в брюшной полости были, очевидно, известны ещё на заре развития медицины. Существует обоснованное предположение, что древнеегипетские врачи за три тысячелетия до нашей эры имели элементарное представление о проявлениях перитонита и пытались их лечить хирургическим путём.

В III веке до н. э. греческий врач Эрзострат при скоплении гноя в брюшной полости стремился его удалять, производя разрез в паховой области. Позднее, в 100 г. н.э., римский врач Сарапус Эфесский, ссылаясь на Эрзострата, писал: «Куда может деться гной из брюшной полости, если происходит излияние его между брюшиной и кишками, гораздо проще дать ему выход, сделав разрез в паховой области».

В средние века Амбруаз Паре, говоря об «общем заражении», напомиравшем по клинике септикопиемию, называл в качестве одной из причин этого состояния воспаление брюшинных внутренностей. В XVIII веке Жан-Луи Пти, основоположники французской хирургической школы, изучая анатомию живота, обращал внимание на возможность гнойных затёков между брюшными органами.

Однако до 80-х годов XIX века оперативные вмешательства на брюшной полости были немногочисленны, особенно при перитонитах, и в литературе об этом имелись единичные сообщения. Так, в 1836 г. появилась статья А. Жобера («These de concours»), в которой он (с современной точки зрения) довольно точно излагает вопрос о гнойных и кровянистых скоплениях в полости живота. Автор утверждает, что когда излияние вызывает серьёзные явления перитонита, лучше действовать бистуреом (нож с подвижным клинком, спрятанный в рукоятке. - Д. Г.), чем троакаром.

В журнале «Lancet» (1871) имеются указания, что Хэнкок в 1848 г. при ограниченном аппендикулярном перитоните сделал разрез живота, выпустил большое количество зеленоватой, клочковатой жидкости, после чего наступило улучшение всех явлений и выздоровление. Хэнкок

утверждал: *«Я уверен, что придёт время, когда такое лечение будет с успехом применяться в других случаях перитонитов...»*.

В 1859 г. Сегон-Фереол (These de Paris) в диссертации по поводу гнойных перитонитов рекомендовал в начале заболевания придерживаться выжидательной тактики, но вместе с тем же не слишком медлить с применением более энергичных мер. Автор ставит вопрос: нельзя ли при задержке гноя попытаться спасти больного, тем более, если при аутопсии окажется, что гнойное скопление ограничено сращениями и предоставлением выхода гною можно было сохранить жизнь больного. Этот автор призывает к осторожности, рекомендуя применять энергичные меры (оперативное вмешательство) только в случаях крайней необходимости и когда общее состояние больного даёт надежду на благополучный исход.

В доантисептический период летальность при операциях на брюшной полости была высокой. Например, у такого опытного специалиста, как Т. Спенсер-Уэллс, при овариотомиях с малым вскрытием брюшной полости умерало 25-30% оперированных, а при больших вскрытиях - 100% и почти всегда от перитонита.

В России в период знахарской медицины все воспалительные заболевания живота объединялись под общим названием «антонов огонь» и считались неизлечимыми. Первое достоверное описание перитонита принадлежит военному врачу Василию Шабанову (1816). Наблюдение касалось молодого солдата, у которого, судя по подробно описанной клинике, перитонит развился на почве прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

Однако следует сказать, что в те времена лечение заболеваний органов брюшной полости, в большинстве своём воспалительных, относилось к компетенции терапевтов. Именно это обстоятельство подчёркивается в вышедшем в 1808 г. «Руководстве по преподаванию хирургии» И. Буша. Значительно позднее, в 1840 г., в «Военно-медицинском журнале» появляется работа Г. Шамеля о перфорации кишок, в которой после описания клинической картины подчёркивается, что это заболевание губительно для больного и тягостно для врача. В вышедшем в том же году руководстве по оперативной хирургии академика Х. Саломона изложены принципы производства срединной лапаротомии, различные способы кишечного шва и техника ушивания раны брюшной стенки. При этом категорическим противопоказанием к лапаротомии автор считал «антонов огонь брюшных внутренностей и значительное истощение больного». Делается предупреждение, что операция принадлежит к опасным: через вскрытую брюшную полость

свободно входит воздух, выпадают кишки, что способствует воспалению. Лечить же данное страдание рекомендовалось «припущением пиявок, прикладыванием раскалённого железа, иглоукалыванием и образованием фонтанелы». Кроме того у этих больных широко применялись «кровоизвлечения» в виде общих кровопусканий и пиявок, припарки на живот и примочки из смягчительных отваров, назначались втирания ртутной мази, прикладывание мушек к животу. Рекомендовались длительные общие ванны. Внутрь давался опий в больших дозах.

Таким образом, врачи первой половины XIX столетия имели весьма смутные представления о перитоните. Вместе с тем передовые хирурги того времени стремились активно вмешиваться в лечение гнойников брюшной полости, особенно локализующиеся в нижнем её этаже. Так, П.Ю. Неммерт в 1850 г. не только указывал на прободение червеобразного отростка как причину подвздошных гнойников, но и рекомендовал их вскрывать и дренировать.

Н.И. Пирогов в лекции «О нарывах подвздошной впадины», прочитанной в 1852 г. в Московском университете, отметил, что 4 из всех вскрытых им подвздошных гнойников имели явную связь со слепой кишкой. В выпущенной позднее книге «Начала общей военно-полевой хирургии» (1866) Н.И. Пирогов уже подробно останавливается на ранениях живота и осложняющем их гнойном воспалении брюшины в результате «излития различных жидкостей в раненую полость живота...». Он не только описывает классическую картину перитонита, но и рекомендует при выпадении раненых кишок производить их обмывание, ушивание ран или резекцию кишки при сильном размождении и лишь после этого вправлять органы в брюшную полость. Выпавший сальник Н.И. Пирогов предлагал резецировать в любом случае. Однако в книге не содержится рекомендаций к широкой лапаротомии при перитоните. Он указывает: «Хирургическое пособие в излитиях пищевой кашицы и кала состоит по большей мере в одном только расширении наружной брюшной раны, если замечается, что она сужена... и препятствует выходу изливающейся жидкости наружу».

Следует считать, что препятствием к активному вмешательству при ранениях брюшной полости долгое время служили: во-первых, большой процент послеоперационной смертности, во-вторых, случаи выздоровления без хирургического вмешательства, в-третьих, страх оперируемого и оперирующего перед вмешательством.

С распространением учения Д. Листера, введением в практику хирургической работы антисептики, общей анестезии значительно расширилась хирургическая активность, уменьшилась летальность после операций. С 80-х годов XIX века в истории хирургии начался новый период. Это, естественно, повлияло на расширение объёма хирургических вмешательств в брюшной полости и, в частности, при перитонитах. В 1886 г. И. Микулич писал: «Страх перед вскрытием брюшной полости в духе доантисептического периода относится уже, к счастью, к истории».

Первая лапаротомия при поставленном до операции диагнозе перитонита была произведена Л. Тэйтом в 1879 г. с благополучным результатом. Вторым после него и первым в России в апреле 1881 г. успешно произвёл лапаротомию при гнойном перитоните А.И. Шмидт. Демонстрируя этого больного (молодой человек, 21 г.) на научной конференции перед выпиской, А.И. Шмидт сказал: «Позвольте мне показать вам сегодня больного, выписывающегося из больницы и представляющего так называемый «терапевтический» случай, излеченный хирургическим методом...».

Вот как описывает операцию, выполненную А.И. Шмидтом, в своей монографии В.Я. Шлапоберский. «Операция была произведена под хлороформным наркозом с соблюдением строгой антисептики. Разрез был сделан по белой линии от пупка до лонного сращения, чтобы дать не только свободный отток гною, но и сделать брюшную полость вполне доступной. После разреза верхних слоёв оказалось, что брюшина утолщена до нескольких миллиметров наподобие толстой шкуры, хрустит при разрезе. Затем из брюшной полости начал выливаться фонтаном густой жёлтый гной, количество которого было определено окружающими приблизительно более 5 фунтов. Без промывания полости было вставлено 2 дренажа толщиной с палец. Перевязка по Листеру. Для лучшего стока гноя больной временами ложится на живот. Выздоровление». Следует подчеркнуть, что операция была произведена А.И. Шмидтом в поздней фазе течения перитонита (автор называет её хроническим перитонитом).

Второй случай оперативного лечения перитонита в России принадлежит К. Рейеру, оперировавшему в 1882 г. больную с клиникой этого заболевания.

К концу 80-х годов XIX века активность хирургов при лечении перитонитов начала расти. Всё чаще стали применяться широкие и множественные разрезы и эвакуация гноя с последующим дренированием и тампонадой. Известно, что метод дренирования

трубчатым дренажом был введён Кеберле (1867), а марлевую тампонаду стал проводить И. Микулич в 1884 г.

Период, связанный с лечением перитонита до 1890 г., был прекрасно описан в диссертации М.Р. Осмоловского «О лечении перитонитов разрезом живота» (1890).

С 90-х годов XIX века наступил окончательный перелом в лечебной тактике при перитоните. В конце XIX - начале XX вв. различным аспектам этой проблемы были посвящены многочисленные конгрессы, съезды и конференции (XXI (1892) и L (1929) конгрессы немецких хирургов, заседание Русского хирургического общества (1895), Международный съезд хирургов в Брюсселе (1905), XII (1912), XIII (1913), XVI (1924) съезды российских хирургов, XXXVI съезд французских хирургов (1927) и др.).

Большой вклад в изучение перитонита внес В.А. Оппель. Находясь в заграничной командировке (1900-1902 гг.) в Париже и работая в Пастеровском институте в лаборатории И.И. Мечникова, он выполнил исследование по изучению острого микробного перитонита, не потерявшее значение и в наши дни. В.А. Оппель объяснял механизм его возникновения с принципиально новых позиций. Он показал, что существующие взгляды на сопротивляемость брюшины по отношению к заражению неверны. Выздоровление от перитонита наступает не в результате рассасывания микробов в брюшной полости, а от способности организма локализовать процесс, превратив его в чисто местный очаг воспаления. В том случае, если этого не происходит, развивается общее воспаление брюшины.

С 40-х годов прошлого столетия у больных гнойным перитонитом помимо операции, стала применяться антибактериальная терапия, что значительно повысило эффективность его лечения.

В настоящее время увеличение глубины познания патофизиологии перитонита не привело к смене приоритетных задач хирургического вмешательства, известных с начала XX века, а именно устранение причины перитонита, санация и эффективное дренирование брюшной полости. В то же время, в доктрину его лечения уверенно вошли такие методы как «лапаростомия», «декомпрессия желудочно-кишечного тракта», «перитонеально-энтеральный лаваж», «терапия абдоминального сепсиса», «детоксикация», которые направлены на устранение самых существенных патофизиологических звеньев распространённого перитонита.

Анатомо-физиологические особенности брюшины

Брюшина (*peritoneum*), тонкая полупрозрачная оболочка с гладкой блестящей поверхностью, выстилаящая изнутри стенки брюшной полости и покрывающая расположенные в ней органы у позвоночных животных и человека. Общая площадь брюшины взрослого человека составляет примерно 1,6-2,04 м² (16000-20400 см²), толщина 0,7-1,1 мм. Её наружный слой образован мезотелием, а основу составляет волокнистая соединительная ткань. Брюшина обильно снабжена кровеносными, лимфатическими сосудами и нервами. Полость брюшины представляет собой замкнутый серозный мешок, который только у женщин сообщается с внешним миром посредством очень маленького брюшного отверстия маточных труб.

Брюшина состоит из двух листков: пристеночного, париетального, и висцерального. Первый выстилает брюшные стенки, второй покрывает внутренности, образуя их серозный покров на большем или меньшем протяжении. Оба листка тесно соприкасаются друг с другом, между ними находится при не вскрытой брюшной полости только узкая щель, называемая полостью брюшины, в которой содержится небольшое количество серозной жидкости, увлажняющей поверхность органов и облегчающей, таким образом, передвижение их друг около друга. При попадании воздуха во время операции, или вскрытия трупа, или при скоплении патологических жидкостей оба листка расходятся и тогда полость брюшины получает вид настоящей, более или менее объемистой полости. Париетальная брюшина выстилает непрерывным слоем изнутри переднюю и боковые стенки живота и затем продолжается на диафрагму и заднюю брюшную стенку. Здесь она встречается с внутренностями и, заворачиваясь на последние, непосредственно переходит в покрывающую их висцеральную брюшину.

Между брюшиной и стенками живота располагается соединительно-тканый слой, обычно с большим или меньшим содержанием жировой ткани, *tela subserosa*, - подбрюшинная клетчатка, которая не везде одинаково выражена. В области диафрагмы она, например, отсутствует, на задней стенке живота она развита больше всего, охватывая почки, мочеточники, надпочечники, брюшную аорту и нижнюю полую вену с их ветвями. По передней брюшной стенке на большом протяжении подбрюшинная клетчатка выражена слабо, но внизу, в области лобка, количество жира в ней увеличивается, брюшина здесь соединяется со стенкой живота более рыхло, благодаря чему мочевого пузыря при своем растяжении отодвигает брюшину от передней брюшной стенки и его передняя поверхность на расстоянии около 5 см

выше лобка приходит в соприкосновение с брюшной стенкой без посредства брюшины. Брюшина в нижней части передней брюшной стенки образует пять складок, сходящихся к пупку; одна срединная непарная, срединная пупочная складка, и две парные, медиальную и латеральную пупочные складки.

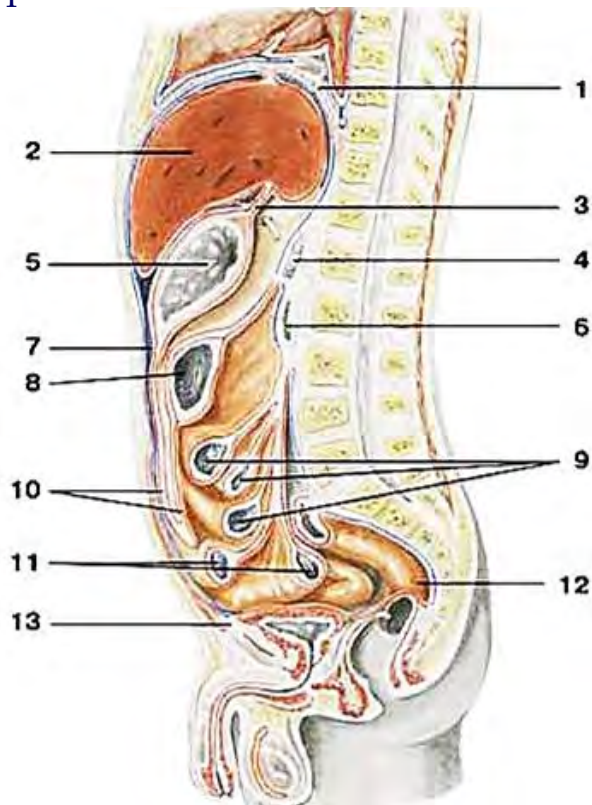
Перечисленные складки отграничивают на каждой стороне над паховой связкой по две паховые ямки, имеющие отношение к паховому каналу. Тотчас под медиальной частью паховой связки имеется бедренная ямка, которая соответствует положению внутреннего кольца бедренного канала. Кверху от пупка брюшина переходит с передней брюшной стенки и диафрагмы на диафрагмальную поверхность печени в виде серповидной связки, между двумя листками которой в свободном ее крае заложена круглая связка печени (заросшая пупочная вена).

Брюшина позади серповидной связки с нижней поверхности диафрагмы заворачивается на диафрагмальную поверхность печени, образуя венечную связку печени, которая по краям имеет вид треугольных пластинок, носящих название треугольных связок. С диафрагмальной поверхности печени брюшина через нижний острый край печени перегибается на висцеральную поверхность; отсюда она отходит от правой доли на верхний конец правой почки, образуя печеночно-почечную связку, а от ворот - к малой кривизне желудка в виде тонкой печеночно-желудочной связки и на ближайшую к желудку часть двенадцатиперстной кишки в виде печеночно-двенадцатиперстной связки. Обе эти связки представляют собой дубликатуры брюшины, так как в области ворот печени встречаются два листка брюшины: один - идущий к воротам с передней части висцеральной поверхности печени, а второй - с задней ее части. Печеночно-двенадцатиперстная связка и печеночно-желудочная связка, являясь продолжением одна другой, составляют вместе малый сальник. На малой кривизне желудка оба листка малого сальника расходятся: один листок покрывает переднюю поверхность желудка, другой - заднюю. На большой кривизне оба листка вновь сходятся и спускаются вниз впереди поперечной ободочной кишки и петель тонкой кишки, образуя переднюю пластинку большого сальника, *omentum majus*. Спустившись вниз, листки большого сальника на большей или меньшей высоте заворачивают обратно вверх, образуя его заднюю пластинку (большой сальник, таким образом, состоит из четырех листков). Достигнув поперечной ободочной кишки, два листка, составляющих заднюю пластинку большого сальника, срастаются с поперечной ободочной кишкой и с ее брыжейкой и вместе с последней затем идут

назад к переднему краю поджелудочной железы; отсюда листки расходятся; один - вверх, другой - вниз. Один, покрыв переднюю поверхность pancreas, идет вверх на диафрагму, а другой - покрыв нижнюю поверхность железы, переходит в брыжейку поперечной ободочной кишки.

У взрослого при полном сращении передней и задней пластинок большого сальника с поперечной ободочной кишкой на брыжеечной ленте оказываются, таким образом, сращенными 5 листков брюшины: четыре листка сальника и висцеральная брюшина кишки.

Проследим теперь ход брюшины от того же листка передней брюшной стенки, но не в направлении вверх на диафрагму, а в поперечном направлении. С передней брюшной стенки брюшина, выстилая боковые стенки полости живота и переходя на заднюю стенку справа, окружает со всех сторон слепую кишку с ее червеобразным отростком; последний получает брыжейку. Брюшина покрывает восходящую ободочную кишку спереди и с боков, затем нижнюю часть передней поверхности правой почки, переходит в медиальном направлении через поясничную мышцу и мочеточник и у корня брыжейки тонкой кишки загибается в правый листок этой брыжейки.



Покрывая тонкую кишку полным серозным покровом, брюшина переходит в левый листок брыжейки; у корня брыжейки левый листок последней переходит в пристеночный листок задней брюшной стенки, брюшина покрывает далее влево нижнюю часть левой почки и подходит к нисходящей ободочной кишке, которая относится к брюшине, так же как и восходящая ободочная кишка; далее брюшина на боковой стенке живота вновь заворачивается на переднюю брюшную стенку (рис. 2).

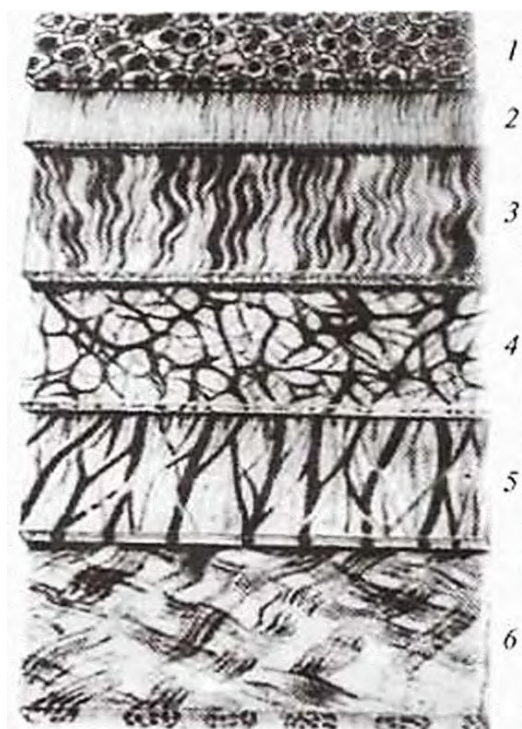
Рис 2. Схема направления брюшины. 1 - диафрагма; 2 - печень; 3 - малый сальник; 4 - поджелудочная железа; 5 - желудок; 6 - двенадцатиперстная кишка; 7 - полость брюшины; 8 - поперечная ободочная кишка; 9 - тощая кишка; 10 - большой сальник; 11 - подвздошная кишка; 12 - прямая кишка; 13 - позадивисцеральное пространство.

Вся полость брюшины в целях более легкого усвоения сложных отношений может быть подразделена на три области, или этажа:

1. верхний этаж ограничен сверху диафрагмой, снизу брыжейкой поперечной ободочной кишки, mesocolon transversum;
2. средний этаж простирается от mesocolon transversum книзу до входа в малый таз;
3. нижний этаж начинается от линии входа в малый таз и соответствует полости малого таза, которой заканчивается книзу брюшная полость.

Гистологическая структура брюшины сложна. Она образована шестью слоями, которые имеют разное строение (рис. 3).

Волокна поверхностной диффузной эластичной сетки расположены плотно. Глубокая продленная эластичная сетка, волокна которой толстые, соединенные тоненькими волокнами. Глубокий сетчатый коллагеново-эластический слой.



Мезотелий представлен клетками мезодермального происхождения - мезотелиоцитами, им свойственна фибринолитическая активность. При раздражении этих клеток образуется пленка фибрина, которая защищает расположенные под ней слои брюшины. Пограничная, или базальная, мембрана, поверхностная часть которой является гомогенной, а глубокая - содержит нежные сплетения ретикулярных волокон. Поверхностный коллагеновый слой представлен тонкими коллагеновыми волокнами, расположенными продольно.

Рис 3. Гистологическая структура брюшины: 1 - мезотелий; 2 - пограничная, или базальная, мембрана; 3 - поверхностный коллагеновый слой; 4 - поверхностная диффузная эластичная сетка; 5 - глубокая эластическая сетка; 6 - глубокий сетчатый коллагеново-эластический слой

В разных участках брюшной полости брюшина имеет разное количество слоев. Например, брюшина тонкой кишки и брюшной стенки состоит из шести слоев, большого сальника - из четырех,

диафрагмальной поверхности - из трех. Это следует иметь в виду во время лечения больных с перитонитом, ведь от количества слоев зависит интенсивность всасывания и секреции жидкости (чем меньше слоев брюшины, тем более интенсивное всасывание). Кровеносные и лимфатические сосуды брюшины расположены только в пределах шестого слоя, где осуществляются процессы выделения и всасывания. Физиологические функции брюшины многообразны. Основные из них:

1. Всасывающая, или резорбционная. Брюшина всасывает за 1 час 3-6 л, за сутки - до 70 л тканевой жидкости. Интенсивность всасывания брюшиной подтверждают исследования, проведенные Кнутсеном. Цианиды в случае их внутрибрюшного введения убивают подопытных животных так же быстро, как и при внутривенном введении. Аналогичные данные получены и при введении наркотических средств.

2. Выделительная, или трансудационная. За 1 час и 1 сутки выделяется столько жидкости, сколько всасывается. Наибольшее свойство выделения имеет брюшина двенадцатиперстной и тонкой кишок.

3. Защитная, или барьерная. Экссудат брюшной полости имеет бактерицидные и бактериостатические свойства. Многочисленными исследованиями доказана резистентность брюшины к инфекции, что подтверждено исследованиями Нетцеля с возбудителем сибирской язвы: в случае подкожного введения животное погибает на 5-6-ые сутки, тогда как при введении в брюшную полость заболевания не возникает.

4. Пластическая. На раздражение брюшина реагирует выделением фибрина и образованиям спаек, тем самым ограничивая очаг от воспалительного процесса. Благодаря этому свойству брюшины после оперативных вмешательств на полостных органах швы герметизируются фибрином.

Следовательно, брюшина выполняет ряд функций, которые обеспечивают жизнедеятельность организма, а повреждение ее вызывает их нарушение.

Этиология и патогенез

Причиной возникновения острого перитонита является преимущественно аутоинфекция, которая попадает в брюшную полость в случае нарушения целостности полостных органов пищеварительной системы или их некроза (гангренозный холецистит и аппендицит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, острая

непроходимость кишечника) или нарушения проницаемости стенки органа при острых хирургических заболеваниях (острый аппендицит, острый холецистит, острая непроходимость кишечника и др.).

Острый перитонит может сопровождать некроз поджелудочной железы при остром панкреатите. Реже причиной его развития является попадание экзогенной инфекции в брюшную полость - при травме брюшной стенки, после оперативных вмешательств (рис. 4).

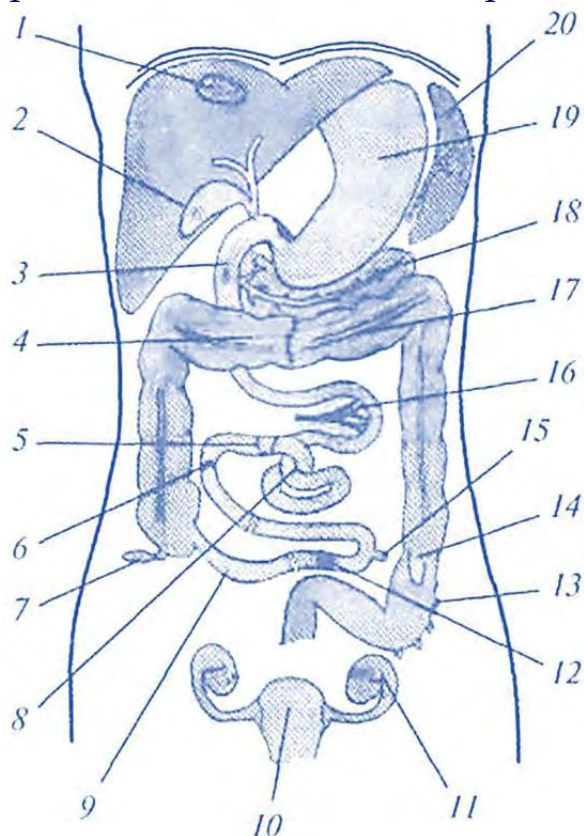


Рис 4. Причины возникновения острого перитонита: 1 - абсцесс печени; 2 - перфорационный холецистит; 3 - перфоративная язва двенадцатиперстной кишки; 4 - несостоятельность швов толстокишечного анастомоза; 5 - перфорация тонкой кишки; 6 - несостоятельности швов тонкокишечного анастомоза; 7- перфоративный аппендицит; 8 - заворот кишечника; 9 - болезнь Крона; 10 - гнойный метроэндометрит; 11 - гнойный аднексит; 12 - энтерит; 13 - дивертикулит; 14 - перфорация опухоли ободочной кишки; 15 - перфорация дивертикула Меккеля; 16 - мезентериальный тромбоз; 17- неспецифический язвенный колит; 18- панкреонекроз; 19 - перфоративная язва желудка; 20 - инфаркт селезенки.

По современным представлениям выделяют также спонтанный бактериальный перитонит, который является одним из самых тяжелых осложнений асцита. При этом в организме отсутствуют другие источники внутри-абдоминальной инфекции, а в асцитической жидкости обнаруживают микроорганизмы или нейтрофильные гранулоциты в количестве свыше 250 клеток в 1 мл. Чаще всего спонтанный бактериальный перитонит осложняет цирроз печени (у 6-30% больных), значительно реже - нефротический синдром, системная красная волчанка, иногда - сердечно-сосудистая недостаточность. В организме человека постоянно содержатся 10^{15} - 10^{17} микроорганизмов. Среди них выделяют: макромолекулярные доклеточные формы (прионы, вероиды), доклеточные сложные частицы (вирусы), клеточные ядерные и безъядерные формы (бактерии, грибы,

простейшие). В последнее время отмечают увеличение удельного веса неклостридиальной анаэробной микрофлоры.

В современной хирургии острый распространенный гнойный перитонит рассматривают как типичную генерализированную инфекцию - сепсис. По данным бактериологических исследований экссудата при остром перитоните, как правило, обнаруживают микробные ассоциации кишечной палочки с протеем, кокками, синегнойной палочкой и другими возбудителями.

Микроорганизмы, которые вызывают возникновение острого перитонита:

- аэробные грамотрицательные - кишечная палочка, синегнойная палочка, протей, энтеробактерии, цитробактерии;
- аэробные грамположительные - стафилококк, стрептококк;
- анаэробные грамотрицательные - бактероиды, фузобактерии, вайлонелы;
- анаэробные грамположительные - клостридии, лактобактерии, пептококи, пептострептококи, эубактерии (В.Я. Юсков, 2000).

В 1991 г. Д. Виттман предложил вместо термина «*перитонит*» применять термин «*внутрибрюшная инфекция*» как таковой, что больше отвечает сути заболевания и объединяет два заболевания брюшной полости - перитонит и абсцессы брюшной полости, похожие по этиологии и патогенезу, хотя и разные по клиническим признакам и подходам к лечению.

Ведущую роль среди этих групп микроорганизмов играет неклостридиальная анаэробная инфекция в сочетании с аэробами, среди которых первое место занимает кишечная палочка.

Основной причиной возникновения острого перитонита является попадание в брюшную полость микроорганизмов из разных отделов пищеварительной системы. В связи с этим необходимо знать и иметь в виду во время установления диагноза острого перитонита и выбора антибактериальных препаратов количественный и качественный состав микрофлоры разных отделов пищеварительной системы. Кроме того, от заболевания или повреждения того или другого органа зависит не только состав микрофлоры, но и ее вирулентность, скорость распространения воспалительного процесса по брюшине, степень тяжести заболевания.

Так, в норме в 1 мл желудочного сока содержится до 1000 микроорганизмов, то есть $0-10^3$ колониеобразующих единиц. В основном это аэробные стрептококки и лактобактерии, анаэробы обнаруживают

очень редко. При низкой кислотности желудочного сока количество микроорганизмов значительно увеличивается. В начальном отделе тонкой кишки количество микроорганизмов составляет 0-105 колониеобразующих единиц в 1 мл, соотношение аэробы/анаэробы составляет 10:1; в терминальном отделе тонкой кишки – 105-109 колониеобразующих единиц в 1 мл, с соотношением аэробы/анаэробы - 1:100; в толстой кишке - свыше 1010 колониеобразующих единиц в 1 мл. Микрофлора толстой кишки характеризуется значительным преобладанием анаэробных бактерий над аэробными, соотношение аэробы/анаэробы составляет 1:1000.

Следовательно, приведенные данные свидетельствуют, что самым тяжелым по протеканию является острый перитонит, вызванный микроорганизмами толстой кишки.

Патогенез острого распространенного перитонита очень сложный. В ответ на развитие воспалительного процесса и интоксикационного синдрома, обусловленных образованием большого количества токсинов, при гибели микроорганизмов и клеток органов и тканей организма человека происходит активация биологически-активных веществ, которые играют ведущую роль в последующем течении перитонита и синдрома эндогенной интоксикации. Под их действием поражаются интраорецепторы, увеличивается проницаемость капилляров, возникает стаз крови.

Системные нарушения проявляются изменениями водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, обмена белков, углеводов и жиров. Это приводит к гипоксии тканей, развитию метаболического ацидоза, повышению свертывания крови, капилляротоксикозу, стазу крови, что вызывает возникновение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

При поражении интраорецепторов снижается тонус, а впоследствии возникает парез кишечника с секвестрацией большого количества жидкости, солей, микроэлементов, белков, углеводов, жиров и форменных элементов крови как в просвет кишки, так и в брюшную полость. В стенке кишки, вследствие этого, прогрессируют ишемические изменения, она становится проницаемой для микроорганизмов, что способствует их попаданию в брюшную полость и в системный кровоток, способствуя появлению цитокинов, что является причиной значительных нарушений жизненно важных функций организма.

Следует отметить, что в кишечнике постоянно содержатся разные микроорганизмы, которые мирно сосуществуют с организмом

человека. Они принимают участие во многих необходимых процессах, в частности в обеспечении трофических процессов стенки толстой кишки, микробном брожении на этапах переваривания пищи, синтезе витаминов и тому подобное.

На фоне острого перитонита возникают патологические изменения во всех органах и тканях организма человека. Прогрессирует стаз, значительно повышается проницаемость капилляров, что вызывает тканевой отек с развитием гиповолемии и уменьшения объема циркулирующей крови. В организме накапливаются токсические продукты обмена, которые усиливают токсикоз, ухудшают состояние больного. Последующее нарастание эндотоксикоза вызывает значительное нарушение функций органов, которые обеспечивают процессы дезинтоксикации (печень, почки). При прогрессировании этих изменений появляются признаки синдрома полиорганной недостаточности, первым признаком которого является поражение дыхательной системы с последующим появлением сердечно-сосудистой, печеночной и почечной недостаточности. Обязательным симптомом полиорганной недостаточности при перитоните является также токсическая энцефалопатия.

В патогенезе перитонита важную роль играют медиаторы воспаления - цитокины, которые являются низкомолекулярными белковыми медиаторами, которые продуцируются разными клетками (эндотелиоциты, лейкоциты, фибробласты и тому подобное). Их биологическая активность проявляется действием высоко специфические рецепторы, расположенные на клетках (высокоспецифическое действие). Вместе с этим, интерлейкины и фактор некроза опухолей действуют на все клетки, проявляя системный эффект.

Основными функциями цитокинов являются:

- участие в воспалительной реакции;
- регуляция роста и дифференцирования отдельных клеток;
- влияние на рост опухолей;
- участие в регенерации поврежденных клеток;
- обеспечение иммунной защиты.

В настоящее время известны десятки цитокинов, однако наиболее изучены цитокины, которые принимают участие в процессе формирования синдрома полиорганной недостаточности (интерлейкины, фактор некроза опухолей, интерфероны, эйкозаниды, фактор роста и др.). Всем им присущие одинаковые

особенности жизнедеятельности: отдельный цитокин индуцирует образование других, в случае развития критического состояния - всегда действует каскад цитокинов; исходное состояние тканей и клеток, которые продуцируют цитокины, и мишеней клеток может изменить конечный эффект каскада цитокинов; большинству цитокинов присущая полиотропность - общее действие или действие одного из них на много объектов, функций, свойств.

В здоровом организме постоянно происходят процессы саморегуляции, в том числе ауторегулируемые иммунные реакции, и роль цитокинов в поддержке этих процессов очень важна. Они регулируют течение метаболических процессов, усиливают образование энергии, способствуют возникновению гипертермической реакции, стимулируют регенерацию поврежденных тканей и заживления ран.

При критических состояниях, в частности при остром перитоните, стимулируется продукция цитокинов или активируются альтернативные пути их образования, в результате чего реакции ауторегуляции видоизменяются и становятся неуправляемыми. Следствием этих процессов является возникновение интерстициального отека, что вызывает не регенерацию, а деструкцию тканей.

Поскольку эндотелий, клетки крови и тканевые макрофаги - основные источники синтеза цитокинов - имеющиеся во всем организме, понятно, что увеличение содержания цитокинов обуславливает нарушение функций не только тех органов, которые являются источником критического состояния, но и всех органов и систем организма (синдром полиорганной недостаточности).

При заболеваниях органов брюшной полости наблюдают особенно выраженную агрессию медиаторов воспаления в результате появления в крови эндотоксина грамотрицательных микроорганизмов (А.А. Гринберг, 2000 г.).

Бактериальная инфекция и связанный с ней интоксикационный синдром при остром распространенном перитоните вызывают развитие иммунодефицитного состояния, что способствует прогрессированию перитонита и значительно ухудшает состояние больного. Следует отметить, что временное иммунодефицитное состояние на протяжении первых суток острого перитонита играет положительную роль, ограничивая появление вторичного, аутоиммунного по своей сути, некробиоза. В этом и есть физиологическая суть переходного иммунодефицитного состояния.

Таким образом, предотвратить нарушение деятельности внутренних органов и систем организма или улучшить их состояние при остром перитоните и достичь успехов в его лечении, учитывая патогенез заболевания, возможно лишь при условии своевременного удаления источника перитонита, санации брюшной полости, нормализации функции кишечника, проведения рациональной антибактериальной терапии, устранения расстройств гомеостаза.

Классификация

Существует несколько классификаций перитонита, из которых самой распространенной в клинической практике является следующая. По этиологии:

- инфекционный (неспецифический, специфический);
- неинфекционный (химические вещества, секреты органов — желчь, желудочный сок, моча, кровь).

Специфический перитонит вызывают микроорганизмы, которые не имеют отношения к пищеварительной системе (гонококки, пневмококки, микобактерии туберкулеза).

По происхождению:

- первичный - в результате попадания микроорганизмов в брюшную полость гематогенным или лимфогенным путем, а также в результате их транслокации из других органов;
- вторичный - обусловленный попаданием микроорганизмов в брюшную полость в результате острых хирургических заболеваний ее органов или их повреждения при травме живота;
- третичный - гнойные формы перитонита, протекание которых не сопровождается выраженными клиническими признаками на фоне длительного лечения больных с вторичной интоксикацией и нередко иммунодефицитом разной этиологии. Раньше такой перитонит называли вялотекущим.

По причинам возникновения:

- травматический;
- воспалительный (при распространении воспалительного процесса из пораженного органа брюшной полости, без его перфорации);
- перфоративный;
- послеоперационный;
- сочетанный (при патологических состояниях органов грудной полости);
- лимфогенный.

По распространению:

- местный (ограниченный, не ограниченный) - при локализации воспалительного процесса в 1-2 областях брюшной полости;
- распространенный, или диффузный - воспалительный процесс распространяется на 3-5 областей;
- общий, или тотальный - воспалительный процесс распространяется более чем на 5 областей или на всю брюшину, включая все карманы, углубления.

По клиническому протеканию:

- острый;
- хронический.

По характеру экссудата:

- серозный;
- серозно-фибринозный;
- фибринозно-гнойный;
- гнойный;
- желчный;
- геморрагический;
- каловый;
- химический.

По стадиям течения:

- реактивный - первые 24 часа от начала заболевания;
- токсичный - от 24 до 72 часов после начала заболевания («расцвет» острого перитонита);
- терминальный - после 72 часов от начала заболевания, проявляется значительными расстройствами функции жизненно важных органов.

По степени тяжести:

- **I степень** (легкий) - признаки эндотоксикоза не выражены;
- **II степень** (средней степени тяжести) - для устранения признаков эндотоксикоза достаточно ликвидации причины развития острого перитонита оперативным путем и проведения интенсивной терапии;
- **IIIa степень** (тяжелый) - признаки эндотоксикоза после ликвидации причины развития острого перитонита можно устранить только с помощью экстракорпоральных методов детоксикации (гемосорбции, лимфосорбции, плазмафареза);
- **IIIб степень** (очень тяжелый) - нуждается в проведении повторной санации брюшной полости;

- *IV степень* (терминальный) - возникает синдром полиорганной недостаточности, несовместимый с жизнью (И.Ю. Полянский, 1999).

В последнее время предложена усовершенствованная и несколько сокращенная классификация острого перитонита для практического пользования, в которой отмечены только распространение патологического процесса по брюшине и характер экссудата. Она предусматривает деление острого перитонита на:

- местный;
- распространенный:
 - диффузный (выходит за пределы очага воспаления и распространяется на прилегающие области);
 - общий (распространяется на значительные участки или всю брюшину).

Клиника и диагностика острого перитонита

Клинические признаки

Клиническое течение острого перитонита зависит от характера и вирулентности микроорганизмов, распространения патологического процесса, стадии процесса, состояния иммунной системы организма и других факторов, которые попали в брюшную полость.

В клинической практике выделяют субъективные и объективные признаки острого распространенного перитонита.

К субъективным признакам относятся:

- боль в брюшной полости;
- тошнота;
- рвота;
- нарушение функции кишечника, на что обращают внимание больные (задержка стула и газов, вздутие живота).

Острый перитонит начинается с появления боли в брюшной полости, которая локализуется в области источника перитонита и в дальнейшем распространяется по всему животу и становится более интенсивной. В поздних стадиях интенсивность боли уменьшается через повреждение чувствительных нервных окончаний брюшины.

Тошнота и рвота - постоянные признаки острого перитонита. Появляются они в начале заболевания и являются рефлексорными. Характер рвотных масс зависит от стадии перитонита, в начале заболевания у них преобладает содержимое желудка, при возникновении пареза желудка и кишечника — появляются примеси содержимого тонкой кишки. Рвота не приносит облегчения. В

последствии рвота переходит в регургитацию, что связано с переполнением желудка застойным содержимым.

В результате нарушения функции кишечника больные жалуются на задержку газов и стула, вздутие живота. Эти признаки являются следствием появления паралитической острой непроходимости кишечника.

Больной пассивен, положение в постели вынужденное. Он будто пытается защитить болезненный, пораженный воспалительным процессом участок живота от дополнительного раздражения.

Характерным является внешний вид пациента. В начале заболевания лица больного гиперемированное, глаза блестящие, язык суховатый, обложенный белым налетом. При прогрессировании перитонита черты лица заостренные, появляются кровоподтеки под глазами, губы и подногтевая ложа синюшные, лицо покрыто холодным потом, язык обложен, сухой, температура тела повышается до 38 °С и больше.

Нарушение сердечно-сосудистой деятельности вызвано эндотоксикозом, проявляется болью в области сердца, пульс частый, мягкий, свыше 100 ударов за 1 мин, артериальное давление снижено (чем чаще пульс, тем более низкий уровень артериального давления). Соотношения этих показателей используют для оценивания степени тяжести протекания перитонита и прогноза заболевания.

В результате высокого стояния купола диафрагмы, вызванного метеоризмом, а также напряжения мышц передней брюшной стенки *нарушается функция дыхания*: частота дыхания составляет 24-30 за 1 мин; дыхание поверхностное и исключительно грудного типа. В случае ухудшения состояния больного одним из первых симптомов является нарушение дыхания, его ритма и глубины. Чем более поверхностное дыхание, чем оно чаще, тем худший прогноз заболевания.

Живот в начале заболевания запавший, не принимает участия в акте дыхания. После возникновения пареза кишечника появляется метеоризм и живот вздувается, со временем становится слишком раздутым.

Во время пальпации брюшной стенки отмечают ее напряжение и болезненность. Боль и напряжение усиливаются при пальпации живота в области источника перитонита. Положительные симптомы раздражения брюшины: Щеткина-Блюмберга и Менделя. Симптом Щеткина-Блюмберга следует определять, начиная с области, удаленного от очага перитонита, постепенно приближаясь к нему (рис. 5), тогда как симптом Менделя - появление боли во время постукивания кончиками

пальцев по передней брюшной стенке, наиболее выраженный в проекции очага перитонита.

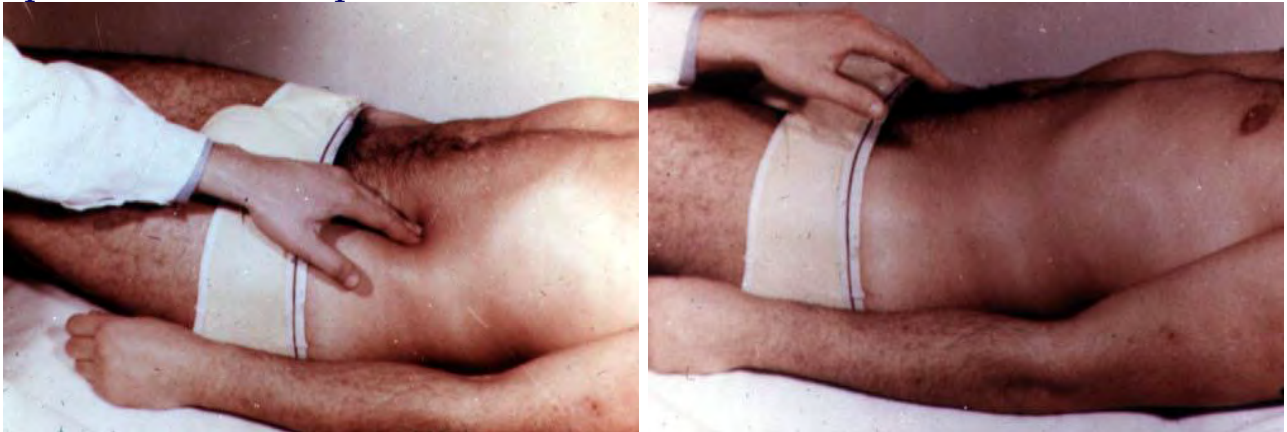


Рис 5. Симптом Щеткина-Блюмберга.

Во время перкуссии передней брюшной стенки отмечают высокий перкуSSIONный звук - тимпанит. В случае появления и накопления в брюшной полости жидкости в отлогих местах и над лобком появляется притупление перкуSSIONного звука. Во время аускультации живота на ранних этапах острого перитонита перистальтика кишок сохранена, однако ослабленная. По мере распространения воспаления и прогрессирования интоксикационного синдрома возникает парез кишечника, перистальтические шумы не выслушиваются (в животе полная тишина - «гробовая тишина»).

Во время прямокишечного исследования обнаруживают нависание и болезненность передней стенки прямой кишки, влагалищного исследования - болезненность сводов влагалища, которое усиливается при смещении матки.

Необходимо отметить, что в последнее время клинические проявления острого перитонита значительно изменились, отмечают атипичность клинических признаков, нечеткость классических перитонеальных симптомов у ослабленных больных со вторичным иммунодефицитным состоянием, вызванным радиацией в результате Чернобыльской катастрофы, после проведения лучевой терапии, а также у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и больных преклонных лет.

Самой сложной является диагностика специфического перитонита, который возникает в результате перфорации язв кишечника при шигеллезе, туберкулезе, брюшном тифе, летальность при этом достигает 90%.

Значительные изменения степени тяжести клинического течения острого перитонита связаны с широким использованием

антибактериальных препаратов и других лекарственных средств (иммунодепрессантных, модуляторных и др.).

В последнее время отмечают две тенденции в клиническом течении острого перитонита: 1) быстро прогрессирующий - у больных при сохраненной иммунной защите организма; 2) медленно прогрессирующий, или торпидный - у больных с иммунодефицитным состоянием, что нужно иметь в виду во время установления диагноза.

Важными для диагностики являются данные лабораторных исследований: высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево, появление юных форм лейкоцитов, уменьшение количества моноцитов и лимфоцитов, значительное снижение уровня ионов натрия, калия, кальция в крови. В моче обнаруживают белок, цилиндры, суточный диурез уменьшается до 500 мл и меньше, что является признаком прогрессирования интоксикационного синдрома.

Течение заболевания происходит в три стадии (по классификации К.С. Симоняна).

В первой, реактивной, стадии характерные симптомы начала острого перитонита и соответствующая реакция организма в зависимости от причины его возникновения. Заболевание начинается болью, которая появляется внезапно - при повреждении органа или нарастает - в случае его воспаления. Быстро присоединяются тошнота, рвота, повышается температура тела. Больной вялый, язык сухой, тахикардия, дыхание частое, определяется локальное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга и Менделя). Вместе с этим обнаруживают лейкоцитоз, нарушение гомеостаза, прогрессирование интоксикационного синдрома.

Реактивная стадия как первый этап острого перитонита может проявляться в разные сроки заболевания, которое способствовало развитию острого перитонита, может быть разной длительности, что отображает взаимодействие вирулентного возбудителя и реактивности организма.

При несвоевременном устранении источника перитонита (несвоевременное обращение больного за медицинской помощью, неадекватная лечебная тактика) реактивная стадия переходит во вторую - токсическую, при которой преобладают симптомы, обусловленные интоксикационным синдромом, который возникает в результате попадания в системный кровоток токсических веществ, которые образуются при гибели микроорганизмов и повреждении тканей, а также в следствии застойного содержимого кишечника.

Интенсивность боли уменьшается, возникают парез кишечника, нарушение кровообращения в системе воротной вены. Рвота учащается. Язык сухой, черты лица заострены, под глазами кровоподтеки, прекращается отхождение газов. Пульс до 120 ударов за 1 мин и больше, снижается уровень артериального давления. Дыхание ускоренное, поверхностное. Живот вздут, в акте дыхания участия не берет, перистальтика кишечника отсутствует, положительный симптом Щеткина-Блюмберга отмечается по всему животу. Присоединяются симптомы непроходимости кишечника - Кивуля, Склярова и тому подобное.

Степень тяжести течения острого перитонита обусловлена действием токсинов на нервную, сердечно-сосудистую и дыхательную системы, печень, почки, в результате чего у них возникают дегенеративные изменения. Важная роль в этой стадии принадлежит паралитической непроходимости кишок, которая обуславливает нарушение гомеостаза и всех видов обмена.

Третья - терминальная стадия острого перитонита проявляется адинамией, значительно выраженным интоксикационным синдромом, заторможенностью, дезориентацией больного. Все симптомы острого перитонита резко выражены: частый пульс (свыше 120 за 1 мин), значительно сниженный уровень артериального давления, низкий диурез - меньше чем 500 мл на сутки, катастрофически прогрессируют нарушения обмена веществ, которые являются прогностический неблагоприятными симптомами. Язык сухой, черты лица заострены, глаза запавшие, кожа покрыта холодным потом. Живот вздут, в акте дыхания участия не принимает, во время пальпации не болезненный. Перистальтика кишечника отсутствует («гробовая тишина»). Источник перитонита в этой стадии обнаружить, как правило, не удастся.

Для оценки степени тяжести состояния пациента и прогноза заболевания предложены многообразные методы. Самые распространенные в хирургической практике определения Мангеймского индекса перитонита (МИП), система APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* - оценка физиологического и хронического состояния здоровья взрослых), перитонеальный индекс ALTONA, система IAPI. В основе всех способов лежит базовая оценка измерений физиологических, лабораторных и клинических показателей, пола и возраста пациента, наличия хронических и сопутствующих заболеваний. В клинической практике чаще всего используют определение МИП и оценку состояния больного и прогноза заболевания по системе APACHE II (табл. 1).

Таблица 1.

Показатели для определения Мангеймского индекса перитонита

<i>Фактор риска</i>	<i>Количество баллов</i>
<i>Возраст свыше 50 лет</i>	5
<i>Пол женский</i>	5
<i>Органная недостаточность</i>	7
<i>Злокачественные опухоли</i>	4
<i>От начала перитонита прошло 24 ч</i>	4
<i>Причиной перитонита является патологическое состояние толстого кишечника</i>	4
<i>Распространенный перитонит</i>	7
<i>Характер выпота :</i>	
<i>каловый;</i>	0
<i>серозный, прозрачный;</i>	4
<i>мутный, гнойный</i>	7

Система основывается на анализе физиологических и лабораторных показателей с учетом возраста пациента и наличия хронических заболеваний. Всего определяют 12 показателей. Сумма баллов состоит из физиологических показателей, возраста и хронических заболеваний. Если сумма баллов меньше чем 15, показатель летальности составляет 4,8%, свыше 15 - 46,7%.

Диагностика

Диагноз острого распространенного перитонита устанавливают на основе анализа жалоб больного (боль в брюшной полости, тошнота, рвота, задержка газов и стула, вздутия живота), данных анамнеза (наличие у пациента заболеваний, которые могут повлечь перитонит - язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, острого холецистита, острого панкреатита, открытой или закрытой травмы живота); объективного обследования пациента (кожа бледная, синюшная, кровоподтеки под глазами, заостренные черты лица, сухой, обложенный язык, малоподвижность пациента, скованность позы) и данных объективного обследования живота (напряженный, участия в акте дыхания не принимает, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Менделя, нарушения функции кишечника, - перистальтика вялая или отсутствует перистальтика), сердечно-сосудистой и дыхательной систем (частый пульс, сниженный уровень артериального давления, поверхностное частое дыхание, грудной тип дыхания); результатов лабораторных исследований (выраженный

лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, появление юных форм лейкоцитов, увеличения скорости оседания эритроцитов).

Объяснение. Органная недостаточность (показатели):

1) почки: содержание креатинина в крови — свыше 177 ммоль/л, концентрация мочевины в крови свыше 16,7 ммоль/л, олигурия, диурез меньше чем 20 мл/час;

2) легкие: PO_2 (капилляры) ниже чем 50 мм рт. ст., PO_2 (капилляры) выше чем 50 мм рт. ст.;

3) шок: гиподинамическое или гипердинамическое состояние кровообращения;

4) непроходимость кишок: полная механическая или паралитическая, длительностью свыше 24 час.

МИП меньше чем 21 балл - показатель летальности составляет 0-11%, в среднем 2,3% - показано проведение перитонеального диализа.

МИП 21-29 баллов - показатель летальности - 10,6-50%, в среднем 22,5% - необходимое проведение программированной санации брюшной полости.

МИП свыше 29 баллов - показатель летальности - 41-87%, в среднем 59,1% - показанное выполнение лапаротомии и постоянной санации брюшной полости.

Для подтверждения диагноза, особенно в сомнительных клинических случаях, применяют дополнительные методы исследования органов брюшной и грудной полостей: обзорное рентгеноскопическое и рентгенологическое исследование, компьютерную томографию, радионуклидные методы, ультразвуковое исследование, лапароцентез, лапароскопия.

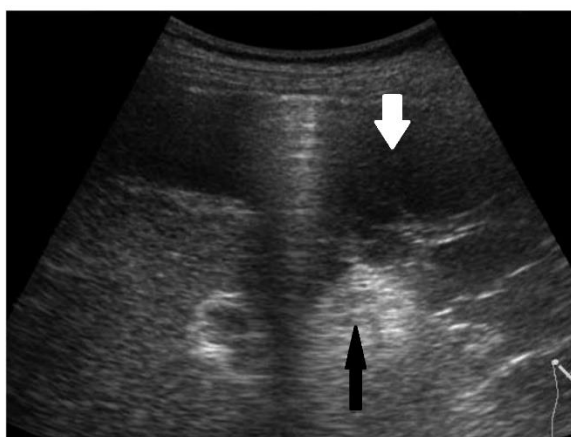
Во время обзорного рентгенологического исследования органов брюшной полости, как правило, обнаруживают газ в кишечнике, горизонтальные уровни жидкости (чаши Клойбера), а при перфорации или травматическом повреждении полостного органа - свободный газ под куполом диафрагмы (пневмоперитонеум) (рис. 6).

При введении контрастного вещества внутрь или через прямую кишку наблюдают ее выход за границы полости органа.

С помощью компьютерной и магнитно-резонансной томографии диагностируют ограниченный перитонит и определяют наличие жидкости в брюшной полости. Диагностическая ценность этих методов очень высокая - до 96%. Более сдержанное отношение хирургов к радионуклидным методам диагностики, особенно при остром перитоните. Однако при ограниченном перитоните этот метод имеет преимущества.



Рис 6. Обзорная рентгенография брюшной полости. Газ под правым куполом диафрагмы в виде линейного просветления (стрелка) – симптом «купола» или «серпа».



С помощью этого метода можно определить контуры органов брюшной полости, толщину их стенок, их содержание, наличие газа и жидкости в кишечнике (рис. 7).

Рис 7. Ультразвуковая сканогрaмма. Свободная жидкость (белая стрелка) и газ (чёрная стрелка) в брюшной полости.

При остром перитоните можно обнаружить жидкость в брюшной полости, даже острый воспалительный процесс в органе, который является источником развития перитонита.

Лапароцентез



Рис 8. Техника лапароцентеза.

Проведение лапароцентеза показано при сомнительном диагнозе и обморочном состоянии больного. Подтверждает диагноз острого перитонита наличие жидкости в брюшной полости (рис. 8), а ее цвет и характер дают возможность даже определить источник перитонита (примеси желчи, крови, частицы пищи).

Лапароскопия

Использование лапароскопического исследования, как и лапароцентеза, помогает верифицировать диагноз. Однако этот информативный метод диагностики острого перитонита следует применять крайне осторожно. По данным лапароскопического исследования не только подтверждают диагноз острого перитонита, но и определяют характер выпота, обнаруживают заболевание или повреждение органа, что повлекло развитие перитонита (рис. 9).



а



б

Рис 9. Инструментальная диагностика перитонита. а - техника лапароскопии; б - лапароскопическая картина.

В сложных диагностических ситуациях, если допускают наличие острого перитонита, для уточнения диагноза проводят микролапаротомию или диагностическую лапаротомию.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику острого распространенного перитонита необходимо проводить с заболеваниями, которые по клиническому течению подобные к острому перитониту, однако не нуждаются в хирургическом лечении. Это заболевания, при которых возможно возникновение так называемого порочного острого перитонита. К ним относятся заболевания легких и плевры (нижнедолевая пневмония, базальный плеврит), сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, абдоминальный синдром ревматизма), гинекологические (аднексит) и урологические (почечная колика), токсико-инфекции, сахарный диабет и тому подобное.

При заболеваниях легких и плевры (нижнедолевая пневмония и базальный плеврит) в результате раздражения межреберных нервов и воспаления диафрагмальной поверхности брюшины рефлекторно появляются боль в брюшной полости и вздутие живота. Во время пальпации передней брюшной стенки обнаруживают напряжение ее мышц, разлитую болезненность в надчревной области. Повышается температура тела, возникает лейкоцитоз. Приведенный симптомокомплекс напоминает такой при перитоните. Однако ведущими признаками заболеваний легких и плевры являются нарушения функции внешнего дыхания, которое проявляется увеличением его частоты, одышкой и тому подобное. Во время аускультации легких выслушивают хрипы, во время перкуссии - притупление перкуSSIONного звука. Помогают в диагностике данные рентгенологического исследования органов грудной полости (затемнение в легких, ограничение дыхательной экскурсии диафрагмы, наличие жидкости в плевральных полостях - при плеврите и тому подобное).

При сердечно-сосудистых заболеваниях (инфаркт миокарда, абдоминальный синдром ревматизма) иногда в начальных стадиях появляются боль в брюшной полости, напряжение мышц передней брюшной стенки, парез кишечника. В отличие от перитонита, боль в брюшной полости неустойчивый, больные жалуются также на боль в области сердца, отмечают тахикардию, во время проведения электрокардиографического исследования обнаруживают изменения, типу для заболеваний сердца. Редко обнаруживают существенные изменения в лейкоцитарной формуле крови и в общеклинических анализах мочи, не наблюдают нарушения обменных процессов. При гинекологических заболеваниях, в частности аднексите, начало и протекание в первые часы напоминают такие, как при остром перитоните. Как при перитоните заболевание начинается с острой боли в брюшной полости, напряжение мышц в нижней половине живота, нарушения функции кишечника. Однако боль, как правило, локализуется внизу живота, иррадирует в область промежности, напряжение мышц передней брюшной стенки меньше выражено, его обнаруживают лишь в нижней половине живота. Несмотря на то что при аднексите значительно выраженный болевой синдром, состояние больной остается удовлетворительным. Во время влагалищного обследования обнаруживают болезненные и утолщенные маточные трубы, увеличенные болезненные яичники и своды влагалища, положительный симптом Промтова (боль во время смещения шейки

матки). По данным ультразвукового исследования обнаруживают увеличение матки и утолщения маточных труб. Подтверждает диагноз гинекологического заболевания наличие слизисто-гнойных, гнойных или кровянистых выделений из влагалища.

Общими симптомами почечной колики и острого перитонита является выраженная боль в брюшной полости, тошнота, рвота, парез кишечника, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки во время пальпации, повышение температуры тела, лейкоцитоз. Однако боль при почечной колике возникает внезапно, на фоне удовлетворительного самочувствия, как правило, в поясничной области, впоследствии распространяется на всю половину живота, а то и на весь живот. В большинстве больных при почечной колике боль иррадирует вдоль мочеточника, в мошонку, подвздошную и паховые области. В отличие от острого перитонита больной беспокойный, непрерывно изменяет положение тела в постели. Характерными для почечной колики являются дизурические явления, положительный симптом Пастернацкого, появление эритроцитов в моче. Данные хромоцистоскопии, обзорного урографического и ультразвукового исследований подтверждают диагноз заболевания почек и мочевых путей.

Для токсикоинфекции характерны диспепсические признаки (рвота, тошнота, понос), которые предшествуют появлению боли в брюшной полости, причем боль приступообразного характера. Живот мягкий, умеренно болезнен во время пальпации, вздутие живота и симптомы раздражения брюшины отсутствуют. После проведения дезинтоксикационной терапии состояние больного достаточно быстро улучшается.

Лечение острого перитонита

Современное патогенетически обоснованное лечение острого распространенного перитонита базируется на трех основных принципах:

- Выполнение адекватного оперативного вмешательства в неотложном порядке с полноценной санацией брюшной полости.
- Проведение полноценной антибактериальной терапии с учетом чувствительности выделенных возбудителей к антибактериальным препаратам.
- Проведение комплексной интенсивной терапии, направленной на коррекцию нарушений функционального состояния органов и систем организма, метаболических расстройств.

Передоперационную подготовку проводят в краткосрочном режиме; ее объем определяется общим состоянием больного и стадией перитонита (табл. 2).

Важными мероприятиями являются проведения дезинтоксикационной терапии, коррекция нарушений гомеостаза (гиповолемии, расстройств водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния и др.) и мероприятий для улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также антибактериальной, симптоматической терапии.

Таблица 2

Объем передоперационной подготовки в зависимости от стадии острого перитонита

<i>Стадия перитонита</i>	<i>Место и объем подготовки</i>	<i>Инфузионная терапия</i>
<i>Реактивная</i>	На операционном столе	Зависит от состояния больного
<i>Токсическая</i>	Отделение реанимации и интенсивной терапии. Длительность 2-3 ч. Катетеризация центральной вены, введение зонда в желудок, катетеризация мочевого пузыря. Определяют центральное венозное давление, кислотно-щелочное состояние, содержание ионов калия, натрия, мочевины в крови	Раствор Рингера - 800 мл, раствор глюкозы 20% или 10% 400 мл с раствором калия хлорида (1,5- 3 г при сохраненном диурезе), полиглюкин, альбумин, 5% раствор глюкозы 1200 мл, витамины группы В, аскорбиновая кислота, антибиотики, эуфилин и т.д.
<i>Терминальная</i>	Отделение реанимации и интенсивной терапии до стабилизации состояния больного	Полиглюкин или желатиноль, 5% раствор глюкозы 1200 мл, раствор Рингера, 10% раствор глюкозы 400 мл с раствором калия хлорида, альбумина, сердечные гликозиды, антибиотики, витамины, эуфилин и т.д.

Передоперационную подготовку больных с острым перитонитом в токсической и терминальной стадиях проводят в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Интенсивность инфузионной

передоперационной подготовки зависит от стадии острого перитонита (А.А. Гринберг, 2000), что отображено в табл. 1.

Методом выбора обезболивания во время выполнения оперативного вмешательства по поводу острого распространенного перитонита является комбинированный эндотрахеальный наркоз.

Основные принципы лечения острого распространенного перитонита

1. Раннее выполнение оперативного вмешательства, которое предусматривает устранение источника перитонита, эффективную санацию брюшной полости.

Как хирургический доступ используют средне-срединную лапаротомию. При необходимости, в зависимости от локализации очага перитонита, этот доступ может быть расширен вверх и вниз. Это дает возможность осуществить полноценную ревизию органов брюшной полости и ее санацию.

После раскрытия брюшной полости путем отсасывания удаляют экссудат, проводят ревизию ее органов для выявления источника перитонита. Начинают ревизию с желудка, дальше осматривают тонкую и толстую кишку, желчный пузырь, органы малого таза, поджелудочную железу. Ликвидируют источник перитонита. Объем оперативного вмешательства зависит от выраженности патологических изменений в органе, что повлекло развитие перитонита. Особенное внимание уделяют выбору объема оперативного вмешательства по поводу резекции кишки. При ее некрозе после удаления нежизнеспособного участка кишки оперативное вмешательство завершают формированием илеостомы или колостомы. При критическом состоянии больных и наличия сомнительных патологических изменений в кишке решение вопроса относительно ее жизнеспособности и необходимости резекции пораженного сегмента откладывают на 6-12 ч, ее осуществляют во время повторной лапаротомии с одновременной повторной санацией брюшной полости. При невозможности радикального удаления источника перитонита пораженный орган выводят забрюшинно или отграничивают марлевыми тампонами от свободной брюшной полости.

После удаления источника перитонита осуществляют заключительную санацию брюшной полости до чистых промывных вод. Эффективным является применение тканевых сорбентов, которые подводят к пораженному органу, боковых флангов живота, полости малого таза.

2. Послеоперационную санацию брюшной полости осуществляют путем ее дренирования с помощью полихлорвиниловых трубок с дополнительными отверстиями. Трубки вводят в боковые области живота, полость малого таза, в подпеченочное или поддиафрагмальное углубления (в зависимости от расположения очага перитонита и скопления гноя). Через такие дренажи не только удаляют экссудат, но и промывают брюшную полость. В марлевых тампонах, резиновых и комбинированных резиново-марлевых дренажах, которые применяли в прошлые годы, на 2-у-3-ю суток накапливаются гной и фибрин, и они прекращают функционировать.

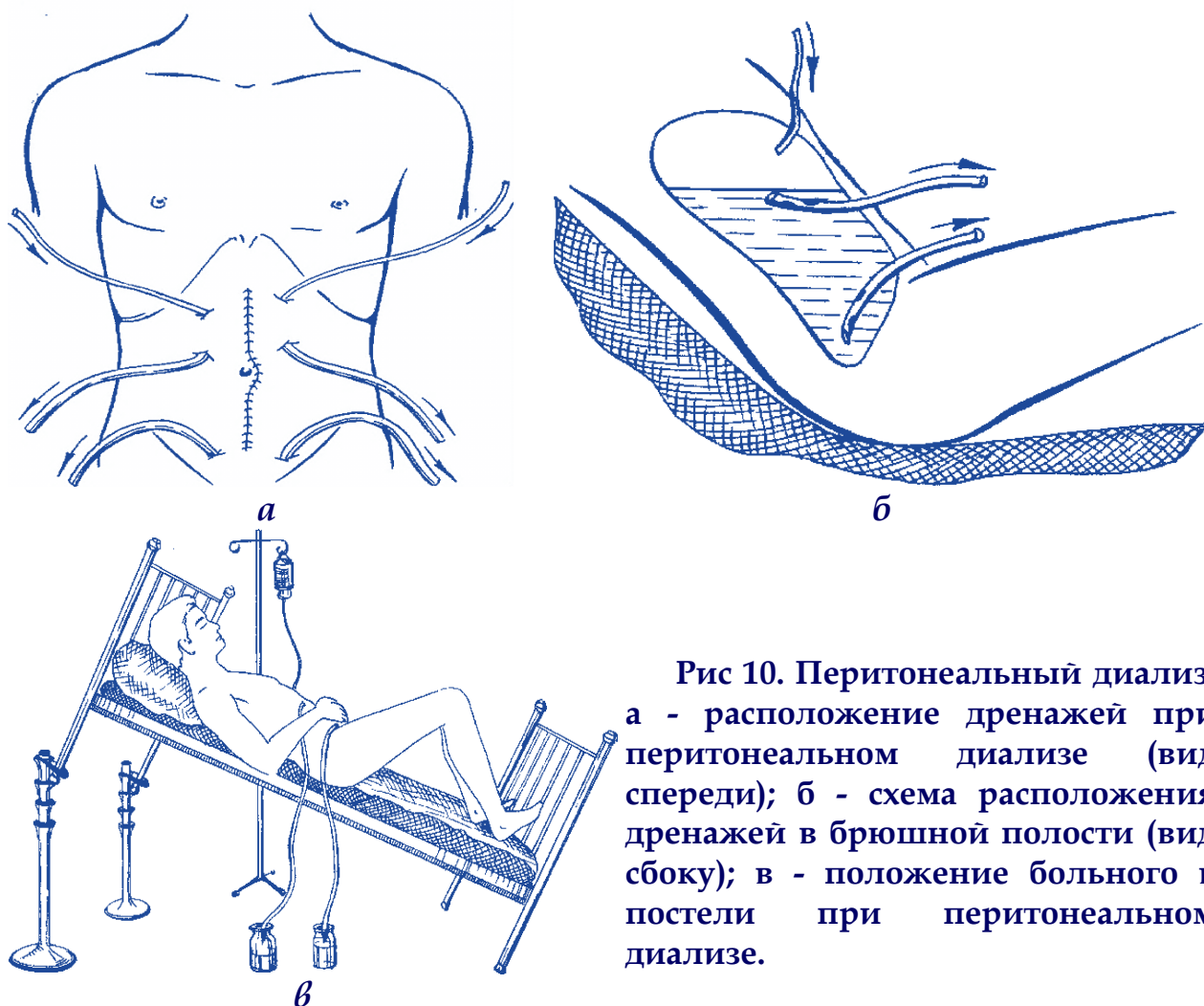


Рис 10. Перитонеальный диализ.
а - расположение дренажей при перитонеальном диализе (вид спереди); б - схема расположения дренажей в брюшной полости (вид сбоку); в - положение больного в постели при перитонеальном диализе.

Для санации брюшной полости в свое время широко применяли метод перитонеального диализа - постоянное промывание брюшной полости с использованием диализирующего раствора, в последние годы метод используют редко (рис. 10). Показанием к его применению является распространенный перитонит с накоплением гнойного экссудата в брюшной полости. Используют два вида диализа -

проточный и фракционный. При проточном диализе в брюшную полость вводят 4 трубки многими отверстиями (две - в боковые участки, две - в полость малого таза). Брюшную полость промывают на протяжении нескольких суток, пока раствор, который выделяется через трубки, не станет прозрачным, без примесей гноя. Недостатком проточного диализа является то, что уже через 3-4 сутки вокруг трубок выпадает фибрин, и они перестают полноценно функционировать, перитонеальный экссудат начинает выделяться лишь по каналам, которые образовались вокруг трубок.

При фракционном перитонеальном диализе в брюшную полость вводят одну трубку, через нее вводят 2 л диализного раствора с лизирующими препаратами, которые растворяют фибрин. Раствор оставляют в брюшной полости на протяжении 2 часов, а затем удаляют. Вместе с жидкостью удаляются фибрин и примеси гноя. Таким способом осуществляется более тщательная санация брюшной полости. Процедуру проводят через каждые 8 часов (рис. 11, 12, 13).

Клинический опыт свидетельствует, что лучшие результаты получают при сочетании этих двух методов: на протяжении 3-4 суток проводят проточный диализ, а дальше - фракционный диализ через ту же конструкцию. Эффективным является и поочередное применение методов. Поиски улучшения методов санации брюшной полости и оценки результатов лечения привели к внедрению в лечебную практику управляемой лапаростомии. Брюшную полость после удаления источника перитонита не зашивают наглухо, а закрывают временно с помощью специальных клейких полосок, застёжек и других устройств. В послеоперационном периоде открывают брюшную полость и осуществляют санацию. После устранения признаков перитонита брюшную полость закрывают наглухо.

Эффективным методом лечения острого распространенного перитонита является программированная релапаростомия с санацией брюшной полости дважды, трижды и, при необходимости - больше, до полного устранения воспалительного процесса (рис. 11, 12, 13.).

На протяжении последнего десятилетия в комплексе лечения острого распространенного гнойного перитонита широко применяют лапароскопическую санацию брюшной полости, преимуществом которой является малая травматичность.

4. Дезинтоксикация пищеварительной системы и возобновление функции кишечника путем эвакуации содержания желудка с помощью введенного у него зонда, интубации кишечника, медикаментозной и физиотерапевтической стимуляции его функций.

Интубацию кишечника осуществляют антеградно (назогастральная, желудочная, еюнальная) и ретроградно (через стому, культю червеобразного отростка, слепую или прямую кишку). Для интубации кишок используют тонкие, как правило, двухпросветные зонды с многочисленными боковыми отверстиями, через которые эвакуируется его содержание. Зонды проводят в просвет кишки после выполнения основного этапа оперативного вмешательства перед зашиванием лапаротомной раны.

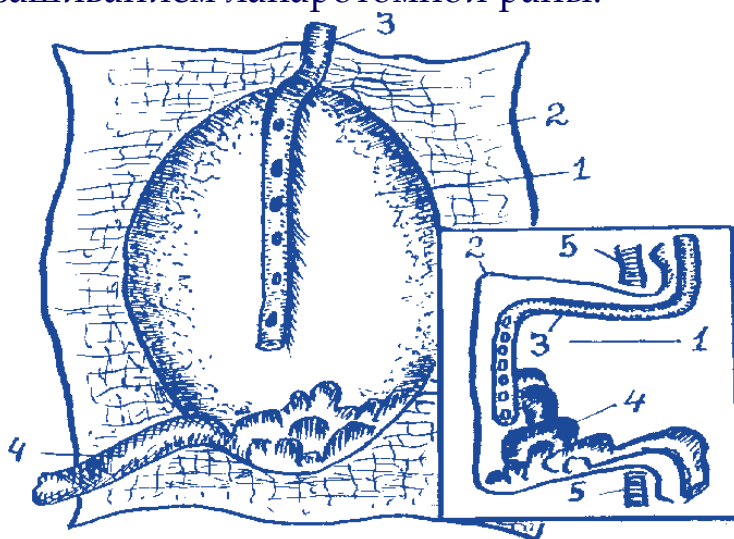


Рис 11. Широкое плоскостное дренирование брюшной полости (начало): 1 - дно лапаротомной раны; 2 - марлевая салфетка (матрикс); 3 - трубка ирригатор; 4 - марлевые дренажи; 5 края лапаротомной раны.

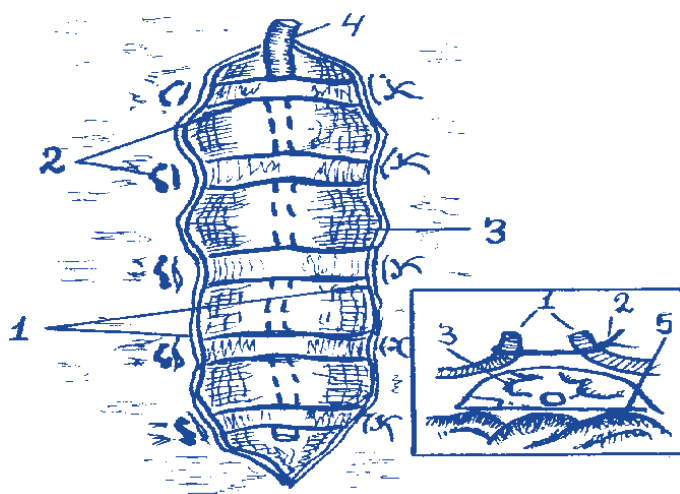


Рис 12. Широкое плоскостное дренирование (окончание): 1 - края раны; 2 - швы на коже; 3 - марлевая салфетка (матрикс), которая прикрывает дренажи; 4 - трубка-ирригатор; 5 - кишечник.

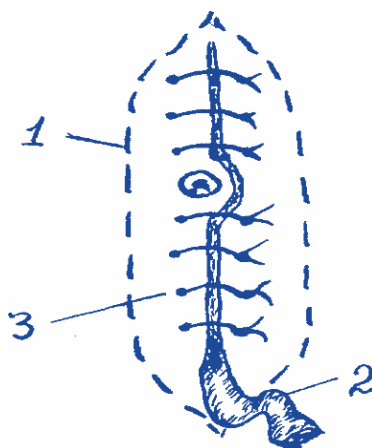


Рис 13. Возобновление целостности передней брюшной стенки: 1 - края лапаротомной раны; 2 - резиновая полоска; 3 - первично-отсроченные швы.

При назогастральной интубации зонд проводят через пищевод и желудок с последующей интубацией всей тонкой кишки. Зонд используют не только для пассивного удаления содержимого кишок или его аспирации, но и для осуществления энтерального питания и медикаментозной стимуляции кишечника (рис 14).

Интубация кишечника обеспечивает не только дезинтоксикационный эффект благодаря удалению токсического содержания кишечника, но и способствует раннему возобновлению его перистальтики. Существенным недостатком антеградной интубации кишечника является нарушение дыхания (трахеит, бронхит, воспаление легких), что оказывает особенно отрицательное влияние у пациентов преклонных лет.

С целью дезинтоксикации последними десятилетиями достаточно успешно используют череззондовое введение энтеросорбентов (энтеросгель, энтеродоз, энтеросорб, билосорб, карболайн и тому подобное).

Для более быстрого возобновления функции кишечника проводят раннюю его стимуляцию с помощью очистительных клизм, лекарственных средств (прозерин, церукал и др.), осуществление паранефральной блокады.

При стойком парезе кишечника применяют продленную эпидуральную анестезию в сочетании с постановкой очистительных клизм.

4. Антибактериальная терапия, которую следует начать в период передоперационной подготовки и продолжать во время выполнения оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде, является одной из важнейших составляющих комплексного лечения острого перитонита. Б.Р. Гельфанд и соавторы (1977) считали, что антибактериальная терапия при абдоминальном сепсисе играет такую же роль, как остановка кровотечения при геморрагическом шоке. Наличие очага полимикробной инфекции и ее токсинов в брюшной полости, быстрое их всасывание брюшиной способствуют запуску реакции системного воспалительного ответа и вызывают возникновение синдрома полиорганной недостаточности. В связи с этим основная задача антибактериальной терапии - блокада воспалительной реакции на уровне микробных медиаторов повреждения (А.Б. Шапошников и соавт., 1998).

Антибиотики и другие противомикробные препараты следует назначать учитывая чувствительность к ним выделенных микроорганизмов. Однако получить результаты определения

чувствительности возбудителей к антибиотикам возможно лишь через 2-3 сутки от начала заболевания. Поэтому в первые дни после оперативного вмешательства назначают антибиотики широкого спектра действия (тиенам, нетромицин, меронем и др.), то есть активные относительно грамотрицательных и грамположительных, аэробных и анаэробных микроорганизмов. Противоанаэробное действие присущее метронидазолу, метрогилу.

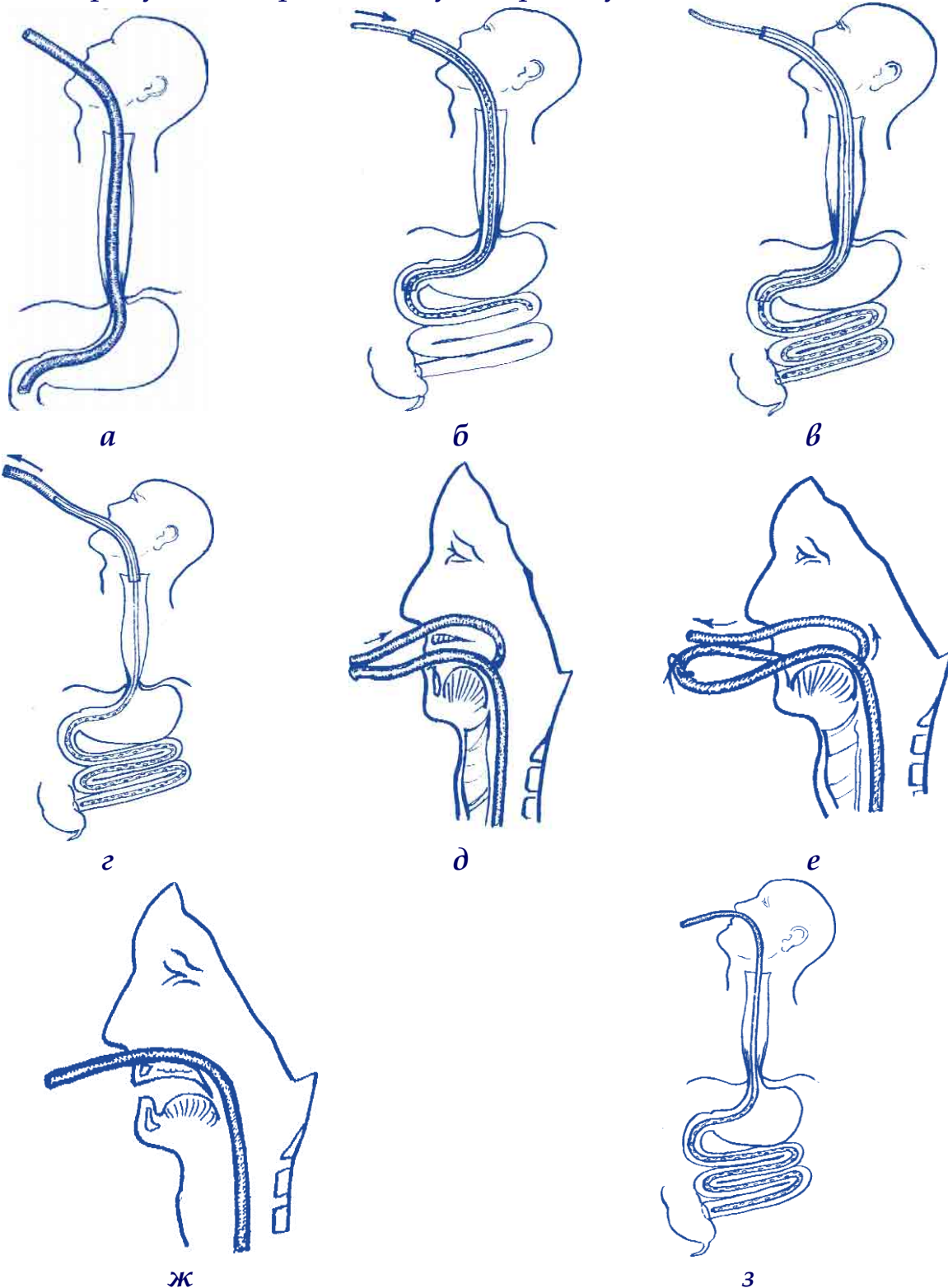


Рис 14. Методика интубации кишечника. а - желудочный зонд-проводник введен через рот дистальнее привратника; б - Через канал зонда-проводника, начата интубация тонкого кишечника на уровне связки Трейца; в - путем нанизывания тонкого кишечника зонд вводят до илеоцекального угла; г - удаление желудочного зонда. Для предупреждения одновременного вытягивания из кишечника тонкого зонда его придерживают салфетками путем извлечения через стенку кишки; д - фиксация проксимального конца кишечного зонда до конца носового катетера; е - выведение проксимального конца зонда из ротовой полости через нос; ж - конец зонда выведен через нос; з - завершенная назогастроинтестинальная интубация кишечника.

Антибактериальная терапия предусматривает использование адекватных доз препаратов и своевременную их замену при необходимости. Оптимальная длительность использования одного антибиотика составляет 7-8 суток, что предотвращает появление антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов. Перед началом антибактериальной терапии обязательно проводят пробу на переносимость препарата, что дает возможности избежать развитию осложнений (анафилактический шок, нарушение дыхания, отек, кожные реакции и тому подобное).

5. Общую дезинтоксикацию организма осуществляют не только путем санации кишечника, аспирации его содержимого, проведением перитонеального диализа, энтеросорбции, но и осуществлением гемосорбции, лимфосорбции, форсированного диуреза, инфузионной терапии (неокомпенсан и тому подобное). Эффективность дезинтоксикационной терапии оценивают по динамике лейкоцитарной формулы, наличию токсической зернистости нейтрофильных гранулоцитов, содержанию креатинина, мочевины, активности аспартатаминотрансферазы в крови и тому подобное, а также показателю лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), который вычисляют по формуле А.Я. Кальф-Калифа

$$\text{ЛИИ} = \frac{(4\text{мц} + 3\text{ю} + 2\text{п} + \text{с}) \times (\text{пл} + 1)}{(\text{мон} + \text{лф}) \times (\text{э} + 1)}$$

где: мц - количество миелоцита; ю - юных нейтрофилов; п - палочкоядерных нейтрофилов; с - сегментоядерных нейтрофилов; пл - плазмочитов; мон- моноцитов; лф - лимфоцитов; э - эозинофилов.

6. Адекватная коррекция нарушений обмена белков, углеводов, жиров, кислотно-основного состояния, водно-электролитного баланса, микроциркуляции начинается доосуществлению оперативного

вмешательства, продолжается во время его выполнения, особенно интенсивно - в послеоперационном периоде. Объем инфузионной терапии вычисляют, принимая во внимание среднюю физиологическую суточную потребность организма и патологические потери, обусловленные повышением температуры тела, гипервентиляцией и пр. (60-80 мл на 1 кг массы тела пациента). До 25% указанного объема компенсируется за счет белков, 50% - кристаллических растворов (изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера-Локка, лактасол), 10% - раствора глюкозы, 5% - полиглюкина, 10% - других растворов. Парентеральное питание осуществляют использованием аминокислот, жировых эмульсий, 10-80% растворов глюкозы.

7. Для коррекции указанных нарушений, кроме приведенной терапии, целесообразно назначать гормональные и антикоагулянтные препараты прямого и непрямого действия.

С профилактической целью всем пациентам назначают антикоагулянты прямого (гепарин, фраксипарин, клексан), в последующем - непрямого действия (пелентан, синкумар, фенилин), а также бинтования нижних конечностей, соблюдения активного режима, проведения лечебной физкультуры и тому подобное.

8. Важным фактором благоприятного течения послеоперационного периода является стимуляция защитных сил организма и иммунокоррекция, поскольку у больных с острым распространенным перитонитом, как правило, обнаруживают иммунодефицитное состояние (А.А. Гринберг и соавт., 2000).

Активную иммунизацию осуществляют использованием антистафилококкового анатоксина, пассивную - антистафилококкового гаммаглобулина, антистафилококковой плазмы, плазмы доноров-реконвалесцентов, которые в прошлом перенесли острый перитонит, Т-активина, лаферона и тому подобное. После возобновления перистальтики кишечника для стимуляции клеточного звена иммунитета назначают декарис (левамизол) по 50 мг 3 раза в сутки.

9. Как симптоматическую терапию, направленную, в первую очередь, на улучшение и нормализацию деятельности сердечно-сосудистой системы, микроциркуляции, печеночного и почечного кровотока, центрального венозного давления, стабилизации уровня артериального давления, увеличения диуреза (до 50-60 мл мочи за 1 час), применяют сердечные гликозиды (строфантин), нитраты, дезагрегантные средства и тому подобное.

Для профилактики и лечения нарушений функций органов дыхания проводят активацию двигательного режима,

оксигенотерапию, дыхательную гимнастику, ингаляции, массаж грудной стенки и тому подобное. При необходимости больным, которые находятся в тяжелом состоянии, показано проведение принудительной вентиляции легких в режиме гипервентиляции на протяжении 7 суток.

У больных, оперируемых по поводу острого распространенного перитонита, существует угроза возникновения некоторых осложнений, связанных с наличием инфекционного фактора в брюшной полости. Причиной этого может быть неадекватная санация брюшной полости во время выполнения оперативного вмешательства и особенно в послеоперационном периоде, несостоятельность швов, наложенных на полостные органы, инфицирование операционной раны, сепсис, образование инфильтрата и абсцесса брюшной полости и внутренних органов, послеоперационная острая непроходимость кишечника.

В послеоперационном периоде лечение больных с острым распространенным перитонитом осуществляют в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Лишь комплексное лечение, направленное на нормализацию функций всех органов и систем организма, может обеспечить выздоровление больного.

Прогноз при остром распространенном перитоните зависит от причины, что обусловила перитонит, вирулентности микрофлоры, своевременности диагностики и выполнения оперативного вмешательства, направленного на удаление источника перитонита, и последующего интенсивного лечения.

Относительно прогноза заболевания актуальность хранит тезис, сформулированный С.И. Спасокукоцким еще в 1926 г.: «При остром перитоните операция, выполненная в первые часы, обеспечивает выздоровление 90% пациентов, в первые сутки - 50%, позже чем через 3 сутки - всего 10%».

Послеоперационные осложнения

Ранними признаками послеоперационного перитонита является ухудшение состояния больного, которое невозможно объяснить очевидными причинами (рецидив боли в брюшной полости, тахикардия, увеличение частоты сердечных сокращений, боль во время пальпации живота). Рецидив боли в брюшной полости или его усиление некоторые авторы считают обязательным симптомом послеоперационного перитонита (В.С. Савельев, 1985). Частыми признаками послеоперационного перитонита является тошнота и рвота.

В случае послеоперационного перитонита отмечают более выраженные изменения в общеклиническом и биохимическом анализах крови (лейкоцитоз, гипоальбуминемия).

Важную информацию дают ультразвуковое исследование и компьютерная томография, а также данные рентгенологически исследования.

Если диагноз послеоперационного перитонита подтверждается, осуществляют релапаротомию, санацию брюшной полости, продолжают интенсивную терапию. Чем раньше выполненная релапаротомия, тем более шансов на успех.

Самые частые послеоперационные осложнения:

1. Несостоятельность кишечных швов - сопровождается возобновлением болевого синдрома, ухудшением состояния больного, прогрессирующей тахикардией, сухостью языка, вздутием живота, прогрессом симптомов раздражения брюшины. При наличии дренажа в брюшной полости диагноз несостоятельности швов установить легко, обнаружив поступление содержания кишечника по дренажу. Если состояние больного не ухудшается, а признаки перитонита отсутствуют, это свидетельствует об отграничении воспалительного процесса брюшины, поэтому срочное выполнение релапаротомии не показано. Подтвердить диагноз недостаточности швов помогают данные ультразвукового и рентгенологически исследования. В случае выявления несостоятельности швов и прогрессирования перитонита показано немедленное осуществление релапаротомии, санации брюшной полости, формирование одно- или двухствольной кишечной стомы.

2. Абсцессы брюшной полости. При их появлении усиливается локальная боль, появляется озноб, температура тела становится гектической. Предположение о наличии абсцесса подтверждается данными ультразвукового и рентгенологически исследований. Лечение оперативное (рис. 15).

Внутриорганный абсцесс чаще образуется в печени и поджелудочной железе при остром распространенном перитоните травматического происхождения. Для диагностики внутриорганный абсцесса более информативными методами являются ультразвуковое и рентгенологическое исследование. Во время ультразвукового исследования обнаруживают округлой формы эхонегативные включения с отеком прилегающих тканей органов и жидкостью. Во время рентгенологического исследования отмечают увеличение границ органа, в котором содержится абсцесс, в некоторых случаях наблюдают высокое стояние купола диафрагмы (рис. 16).

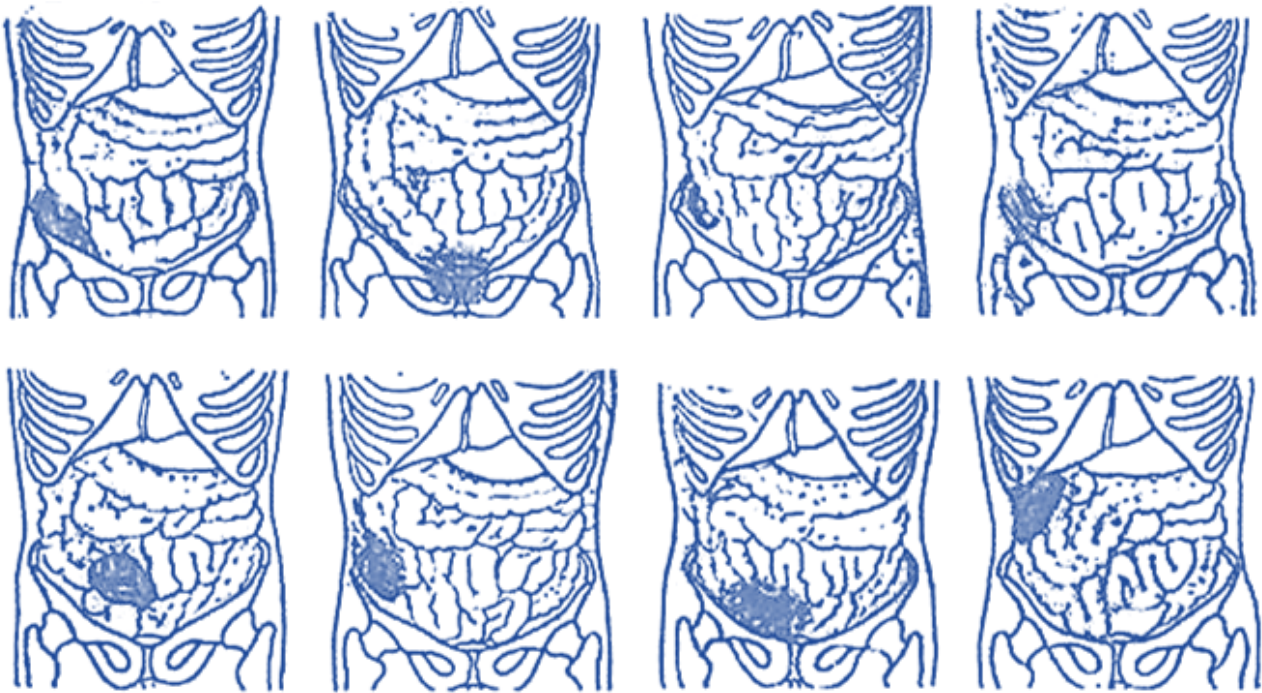


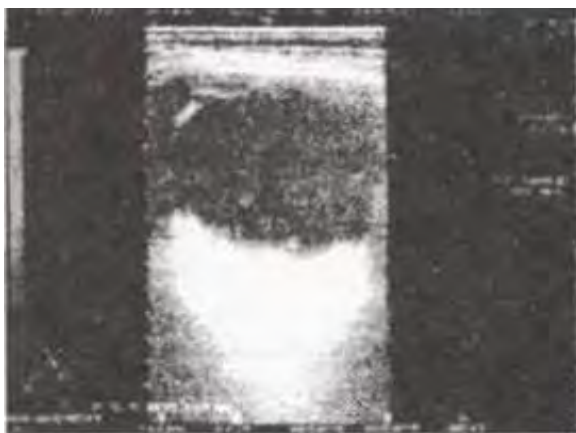
Рис 15. Апендикулярные абсцессы в зависимости от расположения червеобразного отростка.



а



б



в

Рис 16. Ультрасонограмма. Внутриверхние абсцессы:
а -внутриверхней; б - внутренне-
печеночный; в -пиогенная капсула
внутрипеченочного абсцесса

4. Ранняя послеоперационная непроходимость кишечника может быть спаечной или паралитической, сопровождается задержкой газов и испражнений, вздутием живота, наличием объективных симптомов (горизонтальные уровни жидкости в кишечнике, чаши Клойбера, положительные симптомы Кивуля, Склярора и др.).

При паралитической непроходимости кишечника применяют консервативные мероприятия, при спаечной - оперативное вмешательство.

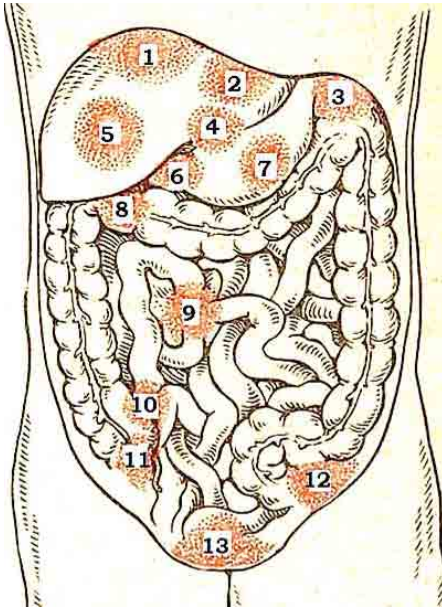
5. Нагноение раны - обнаруживают достаточно часто, поскольку рана во время выполнения оперативного вмешательства нередко инфицируется. Даже проведение антибактериальной терапии не всегда предотвращает развитие этого осложнения. Если появились признаки нагноения, рану раскрывают, saniруют, устанавливают дренаж. Иногда при нагноении раны возникает эвентрация, что требует выполнения оперативного вмешательства.

6. Тромбоэмболические осложнения. Тромбоз и эмболия являются опасными осложнениями послеоперационного периода. Чаще всего наблюдают тромбоэмболию легочной артерии. Для предотвращения тромбоэмболических осложнений проводят неспецифическую и специфическую профилактику. К неспецифическим мероприятиям относятся раннее проведение дыхательной гимнастики, массажа, активный режим, раннее вставание из кровати; к специфическим - назначение антикоагулянтных средств (гепарин, фраксипарин, клексан, пелентан, фенилин, синкумар). В особенном внимании нуждаются больные с высоким риском возникновения тромбоэмболических осложнений, в которых антикоагулянтную терапию обязательно дополняют назначением антиагрегантных препаратов (курантил, трентал, тиклид).

Основой профилактики острого распространенного перитонита является своевременная диагностика и лечение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и травмы живота, которые вызывают появление и прогрессирования острого воспаления брюшины.

Абсцесс брюшной полости

Особенное внимание заслуживает ограниченный перитонит, который обуславливает образование абсцесса брюшной полости. И хотя причиной его образования, как и перитонита, есть внутрибрюшная инфекция, клиническое течение и лечебная тактика при этом осложнении существенно отличаются от таких при остром распространенном перитоните.



Внутрибрюшной абсцесс - это скопление гноя, окруженное пиогенной капсулой, которое образовалось из поврежденных клеточных элементов, некротизированных тканей и продуктов их распада (рис. 17). Как правило, это осложнение острых воспалительных заболеваний и травмы брюшной полости.

Рис 17. Схема размещения гнойников в брюшной полости.

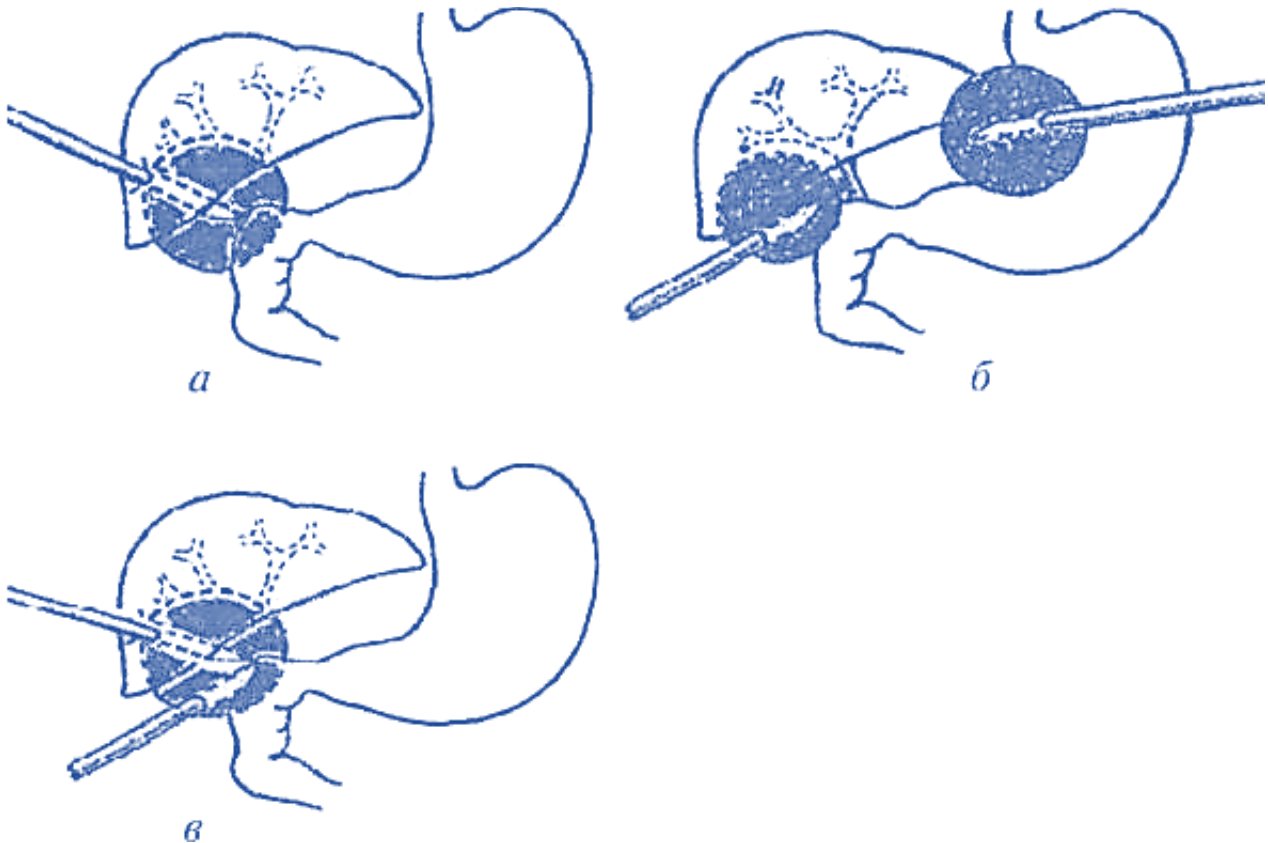


Рис 18. Дренирование абсцесса брюшной полости под контролем ультразвукового исследования: а - использованием одного дренажа; б, в - использованием двух дренажей.

Чаще всего возникает абсцесс аппендикулярного происхождения как осложнение деструктивного аппендицита, острого холецистита, перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, гнойных заболеваний женских половых органов, острого деструктивного

панкреатита, дивертикулита толстой кишки, огнестрельной травмы живота и тому подобное. При этих заболеваниях абсцесс формируется в сроки до одной недели от начала заболевания, тогда как после оперативного вмешательства он образуется в сроки до 3 нед. и даже позже. Заслуживает на особенное внимание так называемый резидуальный абсцесс брюшной полости, который возникает у больных, оперируемых по поводу острого распространенного гнойного перитонита.

Внутрибрюшной абсцесс может быть:

- поддиафрагмальным;
- подпеченочным;
- периаппендикулярным;
- междукишечным (одиночный или множественные);
- прямокишечно-маточного или прямокишечно-пузырного углублений.

Диагностика абсцесса брюшной полости сложна, что обусловлено его формированием на фоне, как правило, основного тяжелого заболевания. Типичными признаками абсцесса брюшной полости является боль в проекции его локализации, прогрессирование признаков интоксикационного синдрома, появление гектической температуры тела, озноба, высокий лейкоцитоз, усиление сдвига лейкоцитарной формулы влево и тому подобное.

При наличии поддиафрагмального абсцесса нарушается дыхание (частое, затрудненное), абсцесса прямокишечно-маточного или прямокишечно-пузырного углублений - частое мочеиспускание, тенезмы, ощущение давления и боли в прямой кишке.

Важное место в диагностике внутрибрюшного абсцесса принадлежит ультразвуковому исследованию брюшной полости и компьютерной томографии. Не потеряло диагностической ценности и рентгенологическое исследование органов брюшной полости.

По данным ультразвукового исследования в брюшной полости обнаруживают образование с наличием зоны сниженной эхогенности и эхоположительными включениями, наличие жидкости в полости, газа и горизонтального уровня, а также оценивают толщину капсулы. Проведение компьютерной томографии дает возможность не только обнаружить абсцесс, но и определить его содержание и характер, связь пиогенной капсулы с другими анатомическими образованиями.

Рентгенологическое исследование проводят всем больным с подозрением на наличие внутрибрюшного абсцесса. Наиболее информативный этот метод в случае поддиафрагмального и подпеченочного абсцесса (высокое стояние купола диафрагмы, ограничение его подвижности, наличие осумкованной полости с жидкостью, скопление газа над ней).

В лечении абсцесса брюшной полости было несколько этапов (рис. 18). Сначала использовали забрюшинный доступ, потом - открытый. Эти методы не приобрели широкого использования, поскольку они высокотравматические: часто повреждаются прилегающие органы, при открытом доступе - еще и инфицируется брюшная полость. Поэтому в последнее время предложенный закрытый метод санации внутрибрюшного абсцесса под контролем компьютерной томографии и ультразвукового исследования. Метод миниинвазивный, щадящий, сравнительно с другими простой в выполнении.

В настоящее время в хирургической практике используют такие методы закрытого лечения абсцесса брюшной полости:

- пункция тонкой иглой;
- пункция в сочетании с чрезкожным дренированием;
- чрезкожное дренирование.

Пункцию с чрезкожным дренированием абсцесса применяют значительно чаще через значительные преимущества, сравнительно с одноразовой пункцией.

Миниинвазивные методы (пункцию и чрезкожное дренирование) следует применять на фоне проведения интенсивной терапии.

Глава 1. Острый аппендицит и его осложнения

Тестовые задания

1. Доступ при аппендиците, осложненном разлитым перитонитом?
 - A. Нижне-срединный;
 - B. Трансректальный;
 - C. Параректальный;
 - D. Средне-срединный;
 - E. Волковича-Дьяконова.
2. Основной симптом, позволяющий диагностировать тазовое расположение воспаленного аппендикса:
 - A. Резкая болезненность при ректальном исследовании;
 - B. Щеткина-Блюмберга;
 - C. Ровзинга;
 - D. Напряжение мышц в правой подвздошной области;
 - E. Крымова.
3. В лечении разлитого перитонита аппендикулярного происхождения основное значение имеет:
 - A. Устранение источника перитонита;
 - B. Все перечисленное верно;
 - C. Антибактериальная терапия;
 - D. Коррекция водно-электролитных нарушений;
 - E. Санация брюшной полости.
4. Противопоказанием к аппендэктомии является:
 - A. Инфаркт миокарда;
 - B. Беременность 30-40 недель;
 - C. Аппендикулярный инфильтрат;
 - D. Непереносимость новокаина;
 - E. Нарушения свертываемости крови.
5. При лечении аппендикулярного инфильтрата не применяют:
 - A. Наркотических средств;
 - B. Физиотерапевтического лечения;
 - C. Антибиотиков;
 - D. Стационарного лечения;
 - E. Диеты.
6. Наиболее рациональным методом обработки культи аппендикса у взрослых является:
 - A. Перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи;
 - B. Перевязка шелковой лигатурой с погружением культи;
 - C. Перевязка лавсановой лигатурой с погружением культи;
 - D. Погружение неперевязанной культи;

- Е. Перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи.
- 7. При остром аппендиците патологический процесс начинается с:
 - А. Основания червеобразного отростка;
 - В. Слизистого слоя червеобразного отростка;
 - С. Верхушки червеобразного отростка;
 - Д. Средней части червеобразного отростка;
 - Е. Сосудистого слоя червеобразного отростка.
- 8. Симптомами аппендикулярного инфильтрата являются все, кроме:
 - А. Субфебрильной температуры;
 - В. Симптома Ровзинга;
 - С. Анемии;
 - Д. Лейкоцитоза;
 - Е. Пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области.
- 9. При диффузном гнойном перитоните аппендикулярного происхождения показаны:
 - А. Аппендэктомия и санация брюшной полости;
 - В. Коррекция водно-электролитных нарушений;
 - С. Антибактериальная терапия;
 - Д. Все перечисленное верно;
 - Е. Полное парентеральное питание в течение 1-2 суток после операции.
- 10. При остром флегмонозном аппендиците не наблюдается симптом:
 - А. Георгиевского-Мюсси;
 - В. Щеткина-Блюмберга;
 - С. Бартомье-Михельсона;
 - Д. Кохера-Волковича;
 - Е. Крымова.
- 11. Для дифференциальной диагностики между нижнедолевой правосторонней пневмонией и острым аппендицитом нужно учитывать все, кроме:
 - А. Данных аускультации органов дыхания;
 - В. Данных лапароскопии;
 - С. Данных рентгеноскопии органов грудной клетки;
 - Д. Количества лейкоцитов крови;
 - Е. Данных термографии брюшной полости.
- 12. Для диагностики острого аппендицита используются методы:
 - А. Лапароскопия;
 - В. Клинический анализ крови;
 - С. Ректальное исследование;
 - Д. Термография ;
 - Е. Все перечисленное верно.

13. Промывание брюшной полости показано:
- A. При разлитом перитоните;
 - B. При установленном диагнозе аппендикулярного инфильтрата;
 - C. При периаппендикулярном абсцессе;
 - D. При гангренозном аппендиците и местном отграниченном перитоните;
 - E. При воспалении лимфоузлов брыжейки тонкой кишки.
14. Первично-гангренозный аппендицит чаще всего встречается:
- A. У детей;
 - B. У лиц пожилого и старческого возраста;
 - C. У лиц с тяжелой травмой;
 - D. У мужчин;
 - E. У женщин.
15. К перитонеальным симптомам при остром аппендиците относят симптомы:
- A. Воскресенского (синдром "рубашки");
 - B. Щеткина-Блюмберга;
 - C. Раздольского;
 - D. Ни один из них;
 - E. Все названные симптомы.
16. Специфическим для острого аппендицита является симптом:
- A. Кохера-Волковича;
 - B. Ровзинга;
 - C. Ситковского;
 - D. Все названные симптомы;
 - E. Ни один из них.
17. Укажите раннее послеоперационное осложнение аппендэктомии:
- A. Лигатурный свищ;
 - B. Перитонит;
 - C. Кишечный свищ;
 - D. Вентральная грыжа;
 - E. Колит.
18. Укажите позднее послеоперационное осложнение аппендэктомии
- A. Аппендикулярный инфильтрат;
 - B. Пилефлебит;
 - C. Кишечный свищ;
 - D. Перитонит;
 - E. Колит.
19. Симптом Яуре-Розанова – это боль при пальпации в:
- A. Эпигастальной области;
 - B. Поясничной области;

- С. Подвздошной области;
 - Д. Паховой области;
 - Е. Бедренной области.
20. Симптом Габая - это признаки раздражения брюшины в области:
- А. Подвздошной;
 - В. Паховой;
 - С. Поясничной;
 - Д. Эпигастральной;
 - Е. Подреберной.
21. Для какого аппендицита характерные тенезмы?
- А. Подвздошного;
 - В. Медиального;
 - С. Тазового;
 - Д. Подреберного;
 - Е. Латерального.
22. Для какого аппендицита характерный симптом Куленкампа?
- А. Подпеченочного;
 - В. Подвздошного;
 - С. Ретроцекального;
 - Д. Тазового;
 - Е. Латерального.
23. Укажите наиболее частые осложнения аппендицита:
- А. Инфильтрат, абсцесс, тромбофлебит, гепатит;
 - В. Инфильтрат, абсцесс, пилефлебит, перитонит;
 - С. Конгломерат, спайки, цистит, перитонит;
 - Д. Инфильтрат, конгломерат, гепатит;
 - Е. Абсцесс, перитонит, спайки, флебит.
24. Пилефлебит при аппендиците – это воспаление:
- А. Апендикулярной и воротной вены;
 - В. Апендикулярной и печеночной вены;
 - С. Тонкокишечной и воротной вены;
 - Д. Брижевой и воротной вены;
 - Е. Товстокишковой и воротной вены.
25. Клинические признаки пилефлебита:
- А. Желтушность кожи, боль в подвздошной области увеличение печени;
 - В. Желтуха, боль в подвздошной области, уменьшение печени;
 - С. Иктеричность склер, боль в правом подреберье, увеличение печени;
 - Д. Бледность кожи, боль в подвздошной области увеличение селезенки;
 - Е. Синюшность кожи, боль над ключицей, асцит.

26. С чем связаны особенности клинического течения аппендицита у детей?
- A. Лейковидной формой аппендикса;
 - B. Атрофией аппендикса;
 - C. Трубчатой формой аппендикса;
 - D. Гипертрофией аппендикса;
 - E. Шаровидной формой аппендикса.
27. С чем связаны особенности клинического течения аппендицита у детей?
- A. Недоразвитием лимфоидного аппарата;
 - B. Атрофией лимфоидного аппарата;
 - C. Гипертрофией лимфоидного аппарата;
 - D. Избытком лимфоидного аппарата;
 - E. Слабостью лимфоидного аппарата.
28. Боль при остром аппендиците у детей:
- A. Четко локализованная;
 - B. Распространенная по всему животу;
 - C. Нечетко локализованная;
 - D. Нераспространенная;
 - E. Ограниченная.
29. В период 3-х месячного срока беременности клиническая картина острого аппендицита:
- A. Атипичная;
 - B. Выраженная;
 - C. Типичная;
 - D. Невыраженная;
 - E. Отсутствующая.
30. Болезненная резистентность в виде поперечной полосы в эпигастральной области на 6-7 см выше пупка – это:
- A. Симптом Воскресенского;
 - B. Симптом Куллена;
 - C. Симптом Волковича;
 - D. Симптом Керте;
 - E. Симптом Ровзинга.

Ситуационные задачи

1. Беременная (22 недели) доставлена в клинику urgently жалобами на боль в животе. Заболела остро, сутки назад. Боль появилась в эпигастрии, потом в правой половине живота. Была одноразовая рвота. Живот болезненный выше правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины слабо-положительны. Лейкоцитоз – 21×10^9 . Наиболее вероятен диагноз?

- A. Острый аппендицит;
- B. Токсикоз беременности;
- C. Угроза прерывания беременности;
- D. Острый панкреатит;
- E. Мезентеральный тромбоз.

2. Больная 56 лет, прооперирована по поводу острого аппендицита через 72 часа от начала заболевания. На операции в правой подвздошной ямке имеется воспалительный конгломерат сальника. Червеобразный отросток не найден. Ваша дальнейшая тактика?

- A. Разделить тупым и острым путем воспалительный инфильтрат, произвести аппендэктомию;
- B. Ввести в брюшную полость через рану отграничивающие тампоны и микроиригатор для инфузии антибиотиков, аппендэктомию в плановом порядке через 4-6 месяцев;
- C. Установить дренаж в малый таз, аппендэктомию не производить, ушить операционную рану наглухо;
- D. Ограничиться диагностической лапаротомией;
- E. Лапаростомия.

3. Больной 26 лет оперирован по поводу острого аппендицита через 17 часов с момента заболевания доступом в правой подвздошной области. На операции обнаружен гангренозный аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота. Укажите дальнейшие действия хирурга:

- A. Нижне-срединная лапаротомия, санация брюшной полости, дренирование обоих латеральных каналов и полости малого таза;
- B. Аппендэктомию не производить, тампонада и дренирование правой подвздошной ямки;
- C. Аппендэктомию, осушить брюшную полость, установить в правой подвздошной ямке микроиригатор через отдельный прокол брюшной стенки для инфузии антибиотиков;
- D. Аппендэктомию, ушить наглухо оперированную рану;
- E. Аппендэктомию, лапаростомия.

4. Больной 27 лет, оперирован по поводу острого аппендицита. На операции флегмонозно измененный отросток и мутный выпот в правой подвздошной области. Хирург ограничился только удалением червеобразного отростка. На 6 день после операции у больного появились умеренные боли в прямой кишке, болезненное мочеиспускание. При ректальном исследовании выявлено выбухание передней стенки прямой кишки, однородное, плотное и умеренно болезненное. Температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$, лейкоциты $9,1 \times 10^9/\text{л}$. О каком осложнении можно думать?

- A. Пилефлебите;
- B. Разлитом перитоните;
- C. Тазовом воспалительном инфильтрате;
- D. Абсцессе правой подвздошной ямки;
- E. Поддиафрагмальном абсцессе.

5. Больной 46 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, тошноту, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 96 уд/мин удовлетворительных свойств. Живот при пальпации болезненный и напряжен в правой подвздошной области. Здесь же определяется симптом Щеткина - Блюмберга, положительный симптом Розинга, Ситковского. Лейкоциты крови $10,8 \times 10^9/\text{л}$. Укажите правильный диагноз:

- A. Острый катаральный аппендицит;
- B. Острый флегмонозный аппендицит;
- C. Острый катаральный холецистит;
- D. Острый панкреатит;
- E. Пилефлебит.

6. У больного 5 дней назад появились боли в эпигастральной области, которые затем сместились в правую подвздошную область. Больной принимал тетрациклин и анальгин, обратился к врачу на 5 день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больного удовлетворительное. Температура $37,4^{\circ}\text{C}$, пульс 88 уд/мин. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12×8 см, плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Лейкоциты крови $11,0 \times 10^9/\text{л}$. О каком заболевании можно думать?

- A. Опухоли слепой кишки;
- B. Терминальном илеите;
- C. Аппендикулярном инфильтрате;
- D. Туберкулезе;
- E. Ущемленной правосторонней паховой грыже .

7. У больного 80 лет, находящегося в терапевтическом отделении по поводу повторного инфаркта миокарда, Вы диагностировали острый флегмонозный аппендицит. Выберите правильную тактику:

- А. Аппендэктомия в экстренном порядке, доступом Волковича – Дьяконова;
- В. Консервативное лечение, антибактериальная терапия;
- С. Необходимо произвести лапароскопию, при подтверждении диагноза установить дренаж для введения антибиотиков;
- Д. Выполнить операцию из нижнесреднего доступа;
- Е. Оперативное лечение следует предпринять только в случае прогрессирования перитонита.

8. У больного на 3 сутки после операции аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита развилась картина гнойной интоксикации, гипертермия. При осмотре живота имеет место метеоризм, болезненность его правой половины без перитонеальных симптомов. На 8 сутки у больного развилась желтуха, отмечена гепатомегалия, явления почечной недостаточности, высокая температура с ознобами. Ваш диагноз?

- А. Энтероколит;
- В. Холедохолитиаз;
- С. Пиелонефрит;
- Д. Абсцесс брюшной полости;
- Е. Пилефлебит.

9. У больного на 5-е сутки после операции аппендэктомии при ректальном исследовании обнаружен воспалительный инфильтрат в малом тазу без признаков абсцедирования. Выберите необходимые лечебные мероприятия:

- А. Консервативное лечение;
- В. Пункция инфильтрата;
- С. Пункция инфильтрата и дренирование;
- Д. Раскрытие инфильтрата;
- Е. Оперативное лечение.

10. У больного, 59 лет, трое суток назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли в животе стихли. На следующий день боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Пульс 128 уд/мин. Язык сухой. Живот болезненный и напряженный во всех отделах. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный по всему животу. Лейкоцитоз $18,6 \times 10^9/\text{л}$. О каком заболевании можно думать?

- A. Пилефлебите;
 - B. Периаппендикулярном абсцессе;
 - C. Пищевой токсикоинфекции;
 - D. Острым перфоративным аппендицитом, разлитом перитонитом;
 - E. Деструктивным холециститом.
11. У больного, прооперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита и диффузного перитонита. На 20-е сутки после операции диагностирован правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Что могло послужить причиной его образования?
- A. Больному после операции не было придано положение Фовлера;
 - B. Не проводились кислородные ингаляции;
 - C. Не проводилась ЛФК;
 - D. Больному после операции не было придано положение Тренделенбурга;
 - E. Не была произведена тампонада брюшной полости.
12. У больного, прооперированного по поводу перфоративного аппендицита с местным перитонитом, на 7 сутки после операции появились боли в правой половине грудной клетки, ознобы. При рентгеноскопии имеется выпот в правом плевральном синусе, высокое стояние правого купола диафрагмы и ограничение его подвижности. При ультразвуковом исследовании в поддиафрагмальном пространстве выявлено объемное образование, содержащее жидкость. Какое заболевание следует заподозрить?
- A. Правостороннюю пневмонию;
 - B. Поддиафрагмальный абсцесс;
 - C. Острый холецистит;
 - D. Острый панкреатит;
 - E. Перитонит правых отделов живота.
13. У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки абсцедирования инфильтрата. Каким способом в современных условиях наиболее эффективно дренировать гнойник?
- A. Вскрыть абсцесс доступом в правой подвздошной области, тампонада и дренирование полости абсцесса, аппендэктомию производить не следует;
 - B. Произвести аппендэктомию из доступа в правой подвздошной области и установить микроирригатор в брюшную полость для инфузии антибиотиков;
 - C. Дренировать абсцесс под контролем УЗИ;
 - D. Лапаротомия, аппендэктомия, дренирование брюшной полости;

Е. Вскрыть абсцесс через задний свод влагалища.

14. У больной, 23 лет, с беременностью 32 недели, находящейся в хирургическом отделении 18 часов, при динамическом наблюдении нельзя полностью исключить острый аппендицит. Ваша лечебная тактика?

А. Продолжить наблюдение за больной;

В. Произвести ультрасонографию брюшной полости;

С. Больную необходимо оперировать;

Д. Совместно с гинекологом вызвать искусственное прерывание беременности, а затем произвести аппендэктомию;

Е. Выполнить лапароскопию и при подтверждении диагноза - оперировать.

15. У больной, 30 лет, на 7 день после операции по поводу острого гангренозного аппендицита с тазовым расположением отростка типичным доступом, диагностирован тазовый абсцесс. Ваша лечебная тактика?

А. Лапаротомия, санация брюшной полости;

В. Дренирование абсцесса через послеоперационную рану в подвздошной области;

С. Консервативная терапия, включая антибиотики;

Д. Дренирование абсцесса через задний свод влагалища;

Е. Пункция абсцесса через переднюю брюшную стенку под контролем ультразвука.

16. У больной, 34 лет, на 7 день после операции по поводу флегмонозно-гангренозного аппендицита появились ознобы, боли в прямой кишке, тенезмы. При ректальном исследовании обнаружен инфильтрат в малом тазу. Через 3 дня после проведенного лечения, включавшего теплые ромашковые клизмы и антибиотики, состояние больной не улучшилось. При ректальном исследовании отмечено размягчение инфильтрата. Температура приняла гектический характер. Ваш диагноз?

А. Пиелонефрит;

В. Поддиафрагмальный абсцесс;

С. Абсцесс дугласова пространства;

Д. Перитонит;

Е. Пилефлебит.

17. При осмотре больного 53 лет, предъявляющего жалобы на боль в животе, тошноту, повышение температуры тела, Вы обнаружили положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье - Михельсона, Воскресенского. О каком заболевании можно думать?

А. Остром гангренозном аппендиците;

В. Остром гангренозно-перфоративном аппендиците;

С. Острым катаральным аппендиците;

Д. Острым флегмонозным аппендиците;

Е. Аппендикулярный инфильтрат.

18. Больная жалуется на боль внизу живота, больше справа, головокружение. Указанные симптомы появились внезапно, ночью. Последняя менструация 2 недели назад. При осмотре -кожные покровы бледные, пульс 92 уд/мин., Т-36°C, АД – 100/60 мм. рт. ст. Живот незначительно напряженный, умеренно болезненный в нижних областях. Симптомы раздражения брюшины слабо позитивны. Нв-98 г/л. Ваш диагноз?

А. Апоплексия яичника;

В. Почечная колика;

С. Острый аппендицит;

Д. Кишечная непроходимость;

Е. Кровоточивая язва желудка.

19. Больной поступил в больницу с диагнозом: аппендикулярный перитонит. Что из лекарств следует использовать с антибактериальной целью

А. Нет правильного ответа;

В. Раствор Рингера;

С. Но-шпа;

Д. Баралгин;

Е. Реосорбилакт.

20. Больной поступил в больницу с диагнозом: аппендикулярный перитонит. Что из лекарств следует использовать с антибактериальной целью

А. Раствор Рингера;

В. Цифран;

С. Но-шпа;

Д. Баралгин;

Е. Реосорбилакт.

21. В приемный покой обратился больной, 40 лет, с жалобами на постоянные незначительные боли в правой подвздошной области. Заболел за 3 дня до поступления, появились боли в эпигастрии, принимал мезим, на второй день боли сместились в правую подвздошную область, знобило, была однократно рвота. Стул был накануне (Больной, сделал себе клизму). Сегодня боли в животе уменьшились, однако полностью не прошли. *Объективно:* язык влажный, температура 37,6°C, при пальпации отмечается локальная болезненность в правой подвздошной области, здесь же определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Положительные симптомы Воскресенского,

Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского. Предварительный диагноз?

- А. Острый аппендицит;
- В. Поддиафрагмальный абсцесс;
- С. Абсцесс дугласова пространства;
- Д. Перитонит;
- Е. Пилефлебит.

22. Больной, В., 24 лет, поступил с жалобами на постоянные ноющие боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$. Заболел сутки назад, когда появились боли в эпигастрии, принимал нопшу, боли в животе через 6 часов прошли, но заболела поясница. Раньше ничем не болел. Дежурный хирург осмотрел больного, выставил диагноз острый пиелонефрит, (паранефрит. Через сутки на утреннем обходе он обнаружил больного с приведенным к животу правым бедром, температурой $38,6^{\circ}\text{C}$. Попытки выпрямить ногу сопровождаются усилением болей в пояснице. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот по-прежнему мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области без перитонеальных симптомов, лейкоцитоз $15,0 \times 10^9$. Ваш диагноз?

- А. Поддиафрагмальный абсцесс;
- В. Абсцесс дугласова пространства;
- С. Острый аппендицит;
- Д. Перитонит;
- Е. Пилефлебит.

23. Больной, В., 24 лет, поступил с жалобами на постоянные ноющие боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$. Заболел сутки назад, когда появились боли в эпигастрии, принимал нопшу, боли в животе через 6 часов прошли, но заболела поясница. Раньше ничем не болел. Дежурный хирург осмотрел больного, выставил диагноз острый пиелонефрит, (паранефрит. Через сутки на утреннем обходе он обнаружил больного с приведенным к животу правым бедром, температурой $38,6^{\circ}\text{C}$. Попытки выпрямить ногу сопровождаются усилением болей в пояснице. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот по-прежнему мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области без перитонеальных симптомов, лейкоцитоз $15,0 \times 10^9$. Где расположен червеобразный отросток?

- А. В малом тазу;
- В. Ретроцекально;
- С. Ретроперитонеально;
- Д. Поддиафрагмально;
- Е. Нет правильного ответа.

24. Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура - $37,2^{\circ}$. Озноба не было. При пальпации живота - болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз - $10,2 \times 10^9/\text{л}$. Ваш предположительный диагноз?

- A. Аппендикулярный инфильтрат;
- B. Аппендикулярный абсцесс;
- C. Рак слепой кишки;
- D. Нет правильного ответа;
- E. Глистная инвазия.

25. Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура - $37,6^{\circ}$. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты - $14,5 \times 10^9/\text{л}$. Какое заболевание следует исключить?

- A. Дивертикулит;
- B. Прободная язва желудка;
- C. Болезнь Крона;
- D. Желчный перитонит;
- E. Нет правильного ответа.

26. Женщина 32 лет. Вторая беременность - 34 недели. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Около 8 часов назад появились небольшие боли в эпигастриальной области. Была однократная рвота. Спустя 1,5 часа боли сместились в область правого подреберья. Боли носят постоянный характер, без иррадиации. Температура тела - $32,7^{\circ}$. Лейкоциты - $11,6 \times 10^9/\text{л}$. Язык несколько суховат. Живот увеличен в размерах за счет матки. При пальпации напряжен и болезненный в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга не выражен, Ровзинга отрицательный, Ситковского положительный. Ваш предварительный диагноз?

- A. Острый холецистит;
- B. Острый аппендицит;
- C. Абсцесс дугласова пространства;
- D. Перитонит;

Е. Пилефлебит.

1. У больного 22 лет, оперированного 16 часов тому назад по поводу острого аппендицита, появилась слабость, головокружение. Температура нормальная. Кожные покровы бледные, пульс 110 в минуту. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. В отлогах местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте больного на бок. Лейкоцитоз $11,2 \times 10^9/\text{л}$. Какое осложнение вы заподозрили у больного?

А. Внутривнутрибрюшное кровоизлияние;

В. Перитонит;

С. Несостоятельность культи;

Д. Желчный перитонит;

Е. Нет правильного ответа.

2. Во время аппендэктомии был обнаружен неизмененный червеобразный отросток у больного с клинической картиной острого аппендицита следует:

А. Выполнить аппендэктомию;

В. Завершить операцию дренированием брюшной полости;

С. Завершить операцию тампонированием брюшной полости;

Д. Ввести в брюшную полость антибиотик, ушить операционную рану;

Е. Выполнить осмотр 1,5 метров терминального отдела тонкой кишки.

3. Больная 28 лет оперирована по поводу острого аппендицита через 8 часов от начала заболевания. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что в ней имеется умеренное количество серозного выпота. Червеобразный отросток длиной 7 см, отечен, его серозная оболочка гиперемирована, с точечными кровоизлияниями, в просвете его пальпируется каловый камень. С какой формой острого аппендицита встретился хирург?

А. Острой гангренозной;

В. Острой гангренозно-перфоративной;

С. Острой катаральной;

Д. Острой флегмонозной;

Е. Аппендикулярный инфильтрат.

4. Больной 29 лет оперирован по поводу острого аппендицита на 2-й день от начала заболевания. На операции обнаружен флегмонозно измененный червеобразный отросток и мутный выпот в подвздошной области. Хирург ограничился только удалением червеобразного отростка. На 6-й день после операции у больного появились умеренные боли в прямой кишке, болезненное мочеиспускание. При ректальном исследовании выявлено выбухание передней стенки прямой кишки,

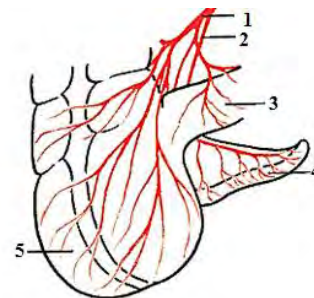
плотное и болезненное. Лейкоцитов в крови $13 \times 10^9/\text{л}$, температура $37,8^\circ\text{C}$. О каком осложнении острого аппендицита можно думать?

- A. Тазовый инфильтрат;
- B. Абсцесс дугласова пространства;
- C. Внутривнутрибрюшное кровоизлияние;
- D. Перитонит;
- E. Нет правильного ответа.

Практические навыки

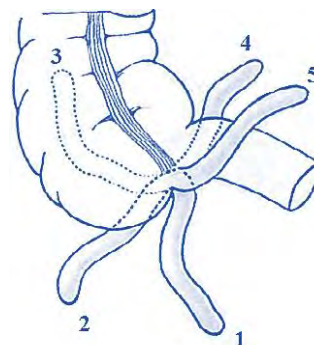
1. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 1?

- A. A. Ileocolica;
- B. A. appendicis vermiformis;
- C. A. Appendicularis;
- D. Ileum;
- E. Appendix vermiformis.



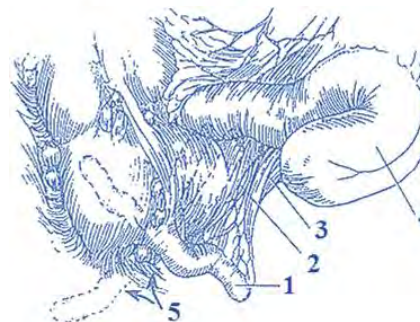
2. Вариант расположения червеобразного отростка изображен на рисунке под номером 2?

- A. Ретроцекальный;
- B. Тазовый;
- C. Медиальный;
- D. Ретроперитонеальный;
- E. Медиальный.



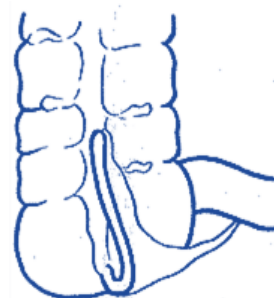
3. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 2?

- A. Артерия червеобразного отростка;
- B. Брыжейка червеобразного отростка;
- C. Слепая кишка;
- D. Червеобразный отросток;
- E. Нет правильного ответа.



4. Вариант расположения червеобразного отростка изображен на рисунке?

- A. Ретроцекальный;
- B. Передний;
- C. Медиальный;
- D. Ретроперитонеальный;
- E. Медиальный.



5. Методика определения какого симптома острого аппендицита изображена на рисунке?

- А. Ровзинга;
- В. Бартомье-Михельсона;
- С. Воскресенского;
- Д. Щеткина-Блюмберга;
- Е. Нет правильного ответа.



6. Методика определения какого симптома острого аппендицита изображена на рисунке?

- А. Ровзинга;
- В. Образцова;
- С. Воскресенского;
- Д. Щеткина-Блюмберга;
- Е. Нет правильного ответа.



7. Методика определения какого симптома острого аппендицита изображена на рисунке?

- А. Ровзинга;
- В. Образцова;
- С. Воскресенского;
- Д. Щеткина-Блюмберга;
- Е. Ситковского.



8. Методика определения какого симптома острого аппендицита изображена на рисунке?

- А. Ровзинга;
- В. Образцова;
- С. Воскресенского;
- Д. Бартомье-Михельсона;
- Е. Ситковского.



9. Методика определения какого симптома острого аппендицита изображена на рисунке?

- А. Воскресенского;
- В. Образцова;
- С. Воскресенского;
- Д. Бартомье-Михельсона;
- Е. Ситковского.



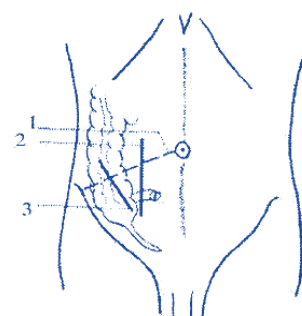
10. Методика определения какого симптома острого аппендицита изображена на рисунке?

- А. Воскресенского;
- В. Щеткина-Блюмберга;
- С. Воскресенского;
- Д. Бартомье-Михельсона;
- Е. Ситковского.



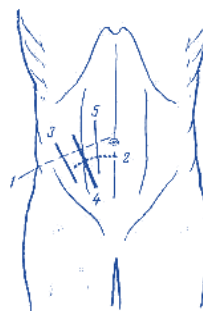
11. Какой доступ к червеобразному отростку изображен на рисунке под номером 1?

- А. Мак Бурнея;
- В. Леннандера;
- С. Волковича-Дьяконова;
- Д. Федорова;
- Е. Кохера.



12. Какой доступ к червеобразному отростку изображен на рисунке под номером 5?

- А. Мак Бурнея;
- В. Леннандера;
- С. Волковича-Дьяконова;
- Д. Федорова;
- Е. Кохера.



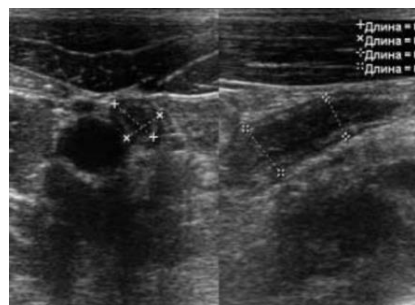
13. Что изображено на рисунке?

- А. Воспаленный червеобразный отросток;
- В. Нормальный червеобразный отросток;
- С. Дивертикул Меккеля;
- Д. Обструктивная кишечная непроходимость;
- Е. Нет правильного ответа.



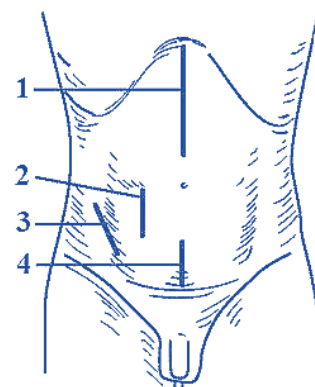
14. Поставьте предварительный диагноз по данным УЗИ:

- А. Нормальный червеобразный отросток;
- В. Дивертикул Меккеля;
- С. Обструктивная кишечная непроходимость;
- Д. Нет правильного ответа.
- Е. Острый аппендицит.



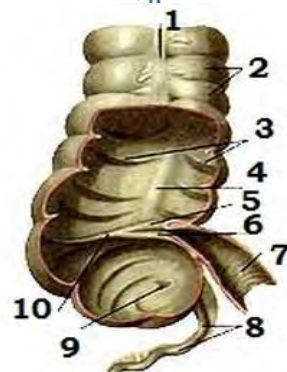
15. Какой доступ к червеобразному отростку изображен на рисунке под номером 3?

- A. Мак Бурнея;
- B. Леннандера;
- C. Волковича-Дьяконова;
- D. Федорова;
- E. Кохера.



16. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 8?

- A. Аппендикс;
- B. Баугиниева заслонка;
- C. Полулунная складка;
- D. Подвздошная кишка;
- E. Подвздошно-слепокишечный карман.



17. Что изображено на рисунке?

- A. Доступы к аппендиксу соответственно сроку беременности;
- B. Расположение аппендикса соответственно сроку беременности;
- C. Варианты расположения аппендикса;
- D. Все варианты верны;
- E. Нет правильного ответа.



18. Какой этап аппендэктомии изображен на рисунке?

- A. Разрез по Волковичу-Дьяконову;
- B. Рассечение апоневроза наружной косой мышцы;
- C. Рассечение париетальной брюшины;
- D. Разволокнение наружной косой мышцы;
- E. Нет правильного ответа.



19. Какой этап аппендэктомии изображен на рисунке?

- A. Разрез по Волковичу-Дьяконову;
- B. Рассечение апоневроза наружной косой мышцы;
- C. Рассечение париетальной брюшины;
- D. Разволокнение наружной косой мышцы;
- E. Разволокнение внутренней косой и поперечной мышц.



20. Какой этап аппендэктомии изображен на рисунке?

- А. Разрез по Волковичу-Дьяконову;
- В. Рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота;
- С. Рассечение париетальной брюшины;
- Д. Разволокнение наружной косой мышцы живота;
- Е. Разволокнение внутренней косой и поперечной мышц.



21. Какой этап аппендэктомии изображен на рисунке?

- А. Выведение слепой кишки в рану;
- В. Выведение аппендикса в рану;
- С. Обкладывание аппендикса салфетками;
- Д. Перевязка брыжейки отростка;
- Е. Удаление червеобразного отростка.



22. Какой этап аппендэктомии изображен на рисунке?

- А. Выведение слепой кишки в рану;
- В. Выведение аппендикса в рану;
- С. Обкладывание аппендикса салфетками;
- Д. Погружение культи отростка в кишку;
- Е. Удаление червеобразного отростка.



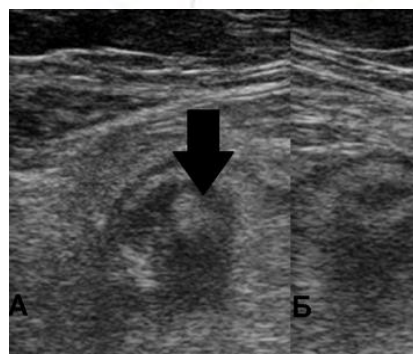
23. Какой этап аппендэктомии изображен на рисунке?

- А. Наложение Z-образного шва на слепую кишку;
- В. Выведение аппендикса в рану;
- С. Обкладывание аппендикса салфетками;
- Д. Погружение культи отростка в кишку;
- Е. Удаление червеобразного отростка.



24. Поставьте предварительный диагноз по данным УЗИ:

- А. Острый аппендицит;
- В. Аппендикулярный инфильтрат;
- С. Аппендикулярный абсцесс;
- Д. Окклюзия аппендикса;
- Е. Нет правильного ответа.



25. Какое расположение аппендикулярного инфильтрата изображено на рисунке под номером 4?

- А. Тазовое;
- В. Подвздошное;
- С. Ретроцекальное;
- Д. Ретроперитонеальное;
- Е. Подпеченочное.

26. Какое расположение аппендикулярного инфильтрата изображено на рисунке под номером 3?

- А. Тазовое;
- В. Ретроцекальное;
- С. Подвздошное;
- Д. Ретроперитонеальное;
- Е. Подпеченочное.

27. Поставьте предварительный диагноз по данным лапароскопического симптома:

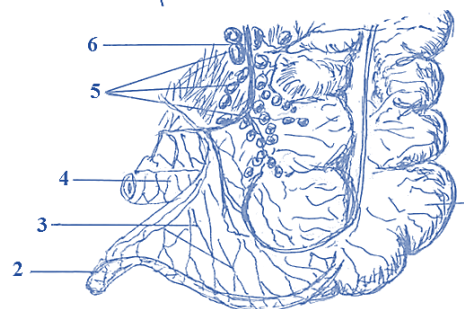
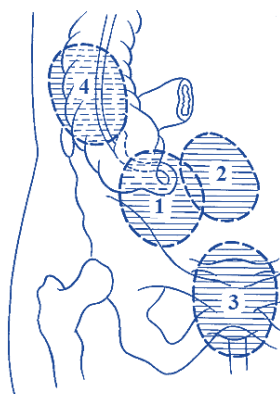
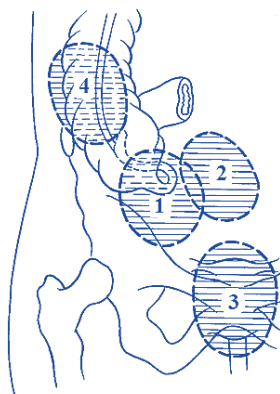
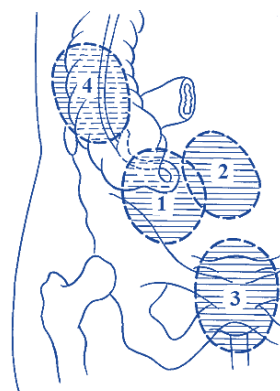
- А. Острый аппендицит;
- В. Аппендикулярный инфильтрат;
- С. Аппендикулярный абсцесс;
- Д. Окклюзия аппендикса;
- Е. Патологий не выявлено.

28. Какое расположение аппендикулярного инфильтрата изображено на рисунке под номером 1?

- А. Ретроцекальное;
- В. Тазовое;
- С. Подвздошное;
- Д. Ретроперитонеальное;
- Е. Подпеченочное.

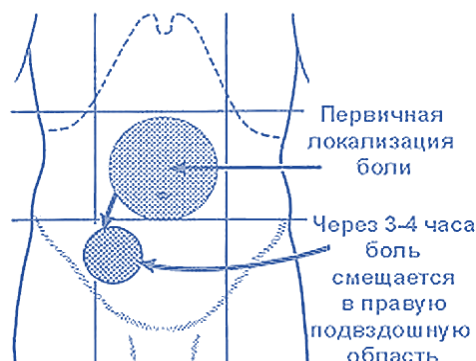
29. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 6?

- А. Группа илеоцекальных лимфоузлов;
- В. Группа аппендикулярный лимфоузлов;
- С. Группа нижнебрыжеечных лимфоузлов;
- Д. Группа верхнебрыжеечных лимфоузлов;
- Е. Жировые отвески толстого кишечника.



30. Какой симптом изображен на рисунке?

- А. Ровзинга;
- В. Образцова;
- С. Кохер-Волковича;
- Д. Бартомье-Михельсона;
- Е. Ситковского.



Ответы

Тестовые вопросы

1. Е	6. А	11. D	16. D	21. C	26. А
2. А	7. В	12. E	17. В	22. D	27. А
3. В	8. С	13. А	18. C	23. В	28. В
4. C	9. D	14. В	19. В	24. А	29. C
5. А	10. А	15. E	20. C	25. C	30. D

Ситуационные задачи

1. А	6. C	11. А	16. C	21. А	26. В
2. В	7. А	12. В	17. C	22. C	27. А
3. C	8. E	13. C	18. А	23. C	28. E
4. C	9. А	14. C	19. А	24. А	29. C
5. В	10. D	15. D	20. В	25. В	30. А

Практические навыки

1. А	6. В	11. А	16. А	21. А	26. А
2. E	7. E	12. В	17. А	22. D	27. E
3. А	8. D	13. А	18. А	23. А	28. А
4. В	9. А	14. E	19. E	24. В	29. А
5. А	10. В	15. C	20. C	25. C	30. C

Глава 2. Острый холецистит и его осложнения

Тестовые вопросы

1. Для уточнения характера желтухи и причины ее возникновения следует произвести:
 - А. УЗИ, инфузионную холецистохолангиографию, ЧЧХ
 - В. Рентгенографию подпеченочного пространства, инфузионную холецистохолангиографию, РХПГ
 - С. УЗИ, ЧЧХ, РХПГ
 - Д. Инфузионную холецистохолангиографию, РХПГ
2. Симптом Курвуазье
 - А. Безболезненный увеличенный желчный пузырь, больной не желтый
 - В. Безболезненный увеличенный желчный пузырь, больной желтый
 - С. Болезненный увеличенный желчный пузырь, больной не желтый
 - Д. Желчный пузырь не пальпируется
3. При локализации камня в пузырном протоке и отсутствии инфекции явление носит название
 - А. Водянка желчного пузыря
 - В. Симптом Курвуазье
 - С. Острый холецистит
 - Д. Киста желчного пузыря
4. С целью подготовки к операции больного с длительной желтухой желчнокаменного происхождения и явлениями печеночной недостаточности, необходимо произвести
 - А. Лапароскопическую холецистостомию, эндоскопическую папиллотомию, чрескожное чреспеченочное дренирование гепатикохоледоха
 - В. Эндоскопическую папиллотомию, чрескожное чреспеченочное дренирование гепатикохоледоха, эндоскопическую папиллотомию и назобилиарное дренирование
 - С. Чрескожное чреспеченочное дренирование гепатикохоледоха, энтеро-, лимфо- или гемосорбцию, эндоскопическую папиллотомию и назобилиарное дренирование
 - Д. Все верно
5. Камнеобразованию в желчном пузыре способствуют:
 - А. инфекция, застой желчи, обменные нарушения, воспалительные процессы в пузыре, пол, конституция
 - В. обменные нарушения, воспалительные процессы в пузыре, конституция, повышенное количество желчных кислот
 - С. застой желчи, воспалительные процессы в пузыре, воспалительные процессы в пузыре, пол, повышенное количество желчных кислот

- D. инфекция, застой желчи, обменные нарушения, воспалительные процессы в пузыре, повышенное количество желчных кислот
6. Характерный лабораторный признак острого неосложненного холецистита?
- A. Диастазурия
 - B. Лейкоцитоз
 - C. Гипогликемия
 - D. Гипербилирубинемия
7. При остром и хроническом холецистите противопоказано применение?
- A. Морфина гидрохлорида
 - B. Омнопона
 - C. Но-шпы
 - D. Атропина сульфата
8. Нормальная ширина холедоха?
- A. До 0,4 см
 - B. 0,5-0,7 см
 - C. 0,8-1,3 см
 - D. 1,4-2,0 см
9. После холецистэктомии чаще всего применяется дренаж?
- A. К ложу желчного пузыря и Винслову отверстию
 - B. По Робсону - Вишневскому
 - C. По Холстеду - Пиковскому
 - D. По Керру
10. Нормальные показатели билирубина крови?
- A. 0,10-0,68 мкмоль/л
 - B. 2,50-8,33 мкмоль/л
 - C. 8,55-20,52 мкмоль/л
 - D. 3,64-6,76 мкмоль/л
11. После холецистэктомии чаще всего применяется дренаж:
- A. По Холстеду-Пиковскому
 - B. По Робсону-Вишневскому
 - C. По Спасокукоцкому
 - D. По Керу
12. Истинный постхолецистэктомический синдром может быть обусловлен только?
- A. Снижением тонуса сфинктера Одди и расширением холедоха после холецистэктомии
 - B. Рубцовым стенозом холедоха
 - C. Не найденным во время операции камнем холедоха
 - D. Стенозом большого дуоденального соска

13. Этиология острого холецистита?
- A. Инфекция в желчном пузыре
 - B. Инфекция и застой желчи
 - C. Застой желчи
 - D. Дуоденостаз
14. Болезненность при пальпации в точке Керра характерна для:
- A. Холецистита
 - B. Аппендицита
 - C. Язвенной болезни
 - D. Дивертикула кишечника
15. Симптомы перфорации желчного пузыря
- A. Усиление болей, появление симптома Шеткина-Блюмберга по всему животу, иррадиация боли в правое плечо?
 - B. Увеличенный болезненный желчный пузырь
 - C. Положительный симптом Ортнера
 - D. Положительный симптом Образцова
16. Увеличенный болезненный желчный пузырь, положительные симптомы Ортнера, Образцова, Мерфи, Керра чаще встречаются при:
- A. Водянке желчного пузыря
 - B. Симптоме Курвуазье
 - C. Остром холецистите
 - D. Гепатите
17. Желчный пузырь пальпируется при:
- A. Дивертикуле кишечника
 - B. Аппендиците
 - C. Язвенной болезни
 - D. Водянке желчного пузыря
18. Френикус-симптом это?
- A. иррадиация боли (провоцируемая пальпацией или нет) из с правого подреберья в правое надплечие с одной стороны
 - B. болезненность при глубокой пальпации в точке Керра
 - C. боль при дозированном сравнительном постукивании по правой реберной дуге
 - D. усиление боли на высоте вдоха при пальпации в правом подреберье
19. Дифференциальную диагностику при остром холецистите проводят с следующими заболеваниями:
- A. Дивертикулит
 - B. Парапроктит
 - C. Острый аппендицит
 - D. Цистит

20. Для патологии желчного пузыря характерный симптом:

- A. Воскресенского
- B. Оппеля
- C. Ортнера
- D. Троянова

21. Дифференциальную диагностику при остром холецистите проводят с следующими заболеваниями:

- A. Базальная плевропневмония
- B. Парапроктит
- C. Цистит
- D. Дивертикулит

22. Варианты клинического течения холедохолитиаза?

- A. Ангиогенный
- B. Язвенный
- C. Критический
- D. С вентильным конкрементом

23. В лечении постхолецистэктомического синдрома применяются все перечисленные препараты, кроме:

- A. но-шпы
- B. левомецетина
- C. циметидина
- D. тазепама

24. К дефектам операции холецистэктомии относятся все перечисленное, кроме:

- A. оставленных камней в протоках
- B. большой культи пузырного протока
- C. диафрагмальной грыжи
- D. неполного удаления желчного пузыря

25. Лечение постхолецистэктомического синдрома направлено:

- A. на устранение дискинезии
- B. на усиление желчевыделения
- C. на подавление инфекции
- D. на все перечисленное

26. После выполнения холецистэктомии при остром панкреатите, холедохолитотомия и внешнее дренирование холедоха проводится за условия:

- A. При расширении холедоха больше 0,9 см
- B. При всех перечисленных условиях
- C. Наличию конкрементов в холедохе
- D. Наличию гноя или замазкообразной желчи в холедохе

27. Оптимальным методом диагностики неосложненной желчно-каменной болезни будет:
- A. ретроградная холангиопанкреатикография;
 - B. лапароскопия;
 - C. ультрасонография;
 - D. транспеченочная холангиография;
28. С целью подготовки больного с длительной желтухой желчно-каменного происхождения и явлениями печеночно-почечной недостаточности к операции наиболее целесообразно произвести:
- 1) лапароскопическую холецистостомию; 2) эндоскопическую папиллотомию; 3) чрескожное чреспеченочное дренирование печеночно-желчного протока; 4) детоксикационную терапию; 5) эндоскопическую папиллотомию с литоэкстракцией и назобилиарным дренированием. Выберите правильную комбинацию ответов:
- A. 1, 4;
 - B. 4, 5;
 - C. 3, 4;
 - D. 2, 3.
29. Чем можно объяснить перемежающуюся желтуху?
- A. вклиненным камнем терминального отдела холедоха;
 - B. опухолью холедоха;
 - C. камнем пузырного протока;
 - D. вентильным камнем холедоха;
30. В чем заключается преимущество выполнения холецистэктомии от шейки? 1) создаются условия для бескровного удаления желчного пузыря; 2) прерывается путь поступления гнойной желчи в желчный проток; 3) удастся избежать миграции камней из пузыря в желчный проток; 4) позволяет воздержаться от холедохотомии; 5) исключается необходимость в интраоперационной холангиографии. Выберите правильную комбинацию ответов:
- A. 1, 2, 4;
 - B. 1, 3, 4;
 - C. 2, 4, 5;
 - D. 1, 2, 3;

Ситуационные задачи

1. Больной, 46 лет, 4 года назад в плановом порядке по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита была выполнена операция холецистэктомии. Из анамнеза заболевания известно, что пациентка страдала приступами острых болей в правом подреберье, которые иногда сопровождались потемнением мочи. Послеоперационный период протекал без осложнений. 2 недели тому назад после погрешности в диете у больной возникли острые боли в верхней половине живота, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, озноб и субиктеричность склер. Больная госпитализирована в экстренном порядке в хирургическое отделение с диагнозом: Постхолецистэктомический синдром. Острый панкреатит?. При обследовании, по данным УЗИ, выявлено умеренное расширение гепатикохоледоха. Выберите наиболее вероятный предварительный диагноз:

- A. Острый панкреатит
- B. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС)
- C. Постхолецистэктомический синдром. Резидуальный холедохолитиаз
- D. Подпеченочный абсцесс

2. У больной 48 лет клиническая картина острого флегмонозного холецистита и явления местного перитонита. Проводится консервативное лечение. Через 6 часов от поступления у нее появились сильные боли в животе, холодный пот, пульс 120 в мин., живот напряжен и резко болезнен во всех отделах, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Решено произвести операцию

- A. Холецистэктомию, ревизию желчных протоков, дренирование брюшной полости
- B. Гастротомию, прошивание острых язв
- C. Холецистостомию, дренирование и санацию брюшной полости
- D. Зашивание прободного отверстия, санацию и дренирование брюшной полости

3. Больная 47 лет поступила в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, температуру тела $38,3$. Заболела 3 дня назад после приема жирной пищи. пульс 112 в 1 мин. Язык сухой. кожа и склеры субиктеричны. в правом подреберье определяется резко болезненное напряженное округлое образование $12 \times 8 \times 6$ см положительны симптомы Ортнера, Мерфи, Кера. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу. Предварительный диагноз

- A. Острый холецистит, перитонит
- B. Цирроз печени, асцит
- C. Симптом Курвуазье, обтурационная желтуха
- D. Гепатит

4. У больного после приступа острого холецистита возник озноб, температура тела поднялась до 39 °С, кожные покровы приобрели желтушную окраску. Какое осложнение возникло у больного?
- A. Острый холангит
 - B. Перфорация желчного пузыря
 - C. Перитонит
 - D. Мезентериальный тромбоз
5. Больной поступил в больницу с жалобами на боль в правом подреберье, тошноту, общую слабость, дискомфорт, повышение температуры до 38,0 °С. Какой диагноз следует заподозрить у больного
- A. Острый холецистит.
 - B. Цирроз печени
 - C. Механическая желтуха
 - D. Гепатит
6. При обследовании больного Д. 67 лет вы диагностировали острый гангренозный холецистит и местный перитонит. Ваша лечебная тактика?
- A. Показана отсроченная операция (в "холодном периоде")
 - B. Принятие тактического решения в зависит от времени заболевания
 - C. Консервативное лечение в связи с пожилым возрастом больного
 - D. Экстренное оперативное лечение
7. У больной возрастом 52 год после приступа боли в правом подреберье возникла желтушность кожи и слизистых оболочек. При УЗД выявлены конкременты в желчном пузыре, холедох расширен до 1,5 см. Содержимое холедоха четко не визуализируется. Какой метод обследования позволит подтвердить холедохолитиаз?
- A. Эндоскопическая ретроградная холангиография
 - B. Фиброгастродуоденоскопия
 - C. Компьютерная томография
 - D. Анализ крови на билирубин, аминотрасфазы
8. Больная 62 год. поступила в хирургическое отделение с жалобами на сильную боль в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. В течение 10 лет страдает ЖКБ. После нарушения диеты появились выше названные явления. Консервативная терапия, которая проводилась в течение суток, эффекта не дала. Была выполнена лапаротомия, во время операции диагностирован острый отечный панкреатит билиарного генеза. Укажите оптимальный объем операции.
- A. Рассечение "капсулы" поджелудочной железы
 - B. Введение раствора новокаина в парапанкреатическую клетчатку
 - C. Резекция поджелудочной железы
 - D. Санация (холецистэктомия) и дренирование желчевыводящих путей

9. Какую операцию необходимо провести больному К. 81 год с острым флегмонозным холециститом и с тяжелым общим состоянием:

- А. Лапароскопическое дренирование подпеченочного пространства
- В. Холецистолитотомию
- С. Холецистостомию под местной анестезией
- Д. Холецистэктомию

10. Больной 76 лет, поступил к больнице с клиникой механической желтухи, болеет в течение месяца. При обследовании выявлен рак головки поджелудочной железы. Страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью. Какой вид лечения предпочтительнее?

- А. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- В. Отказаться от операции, провести консервативное лечение.
- С. Холецистоэнтеростомия с тонкокишечными соустьями
- Д. Холецистостомия

11. Больная, 58 лет жалуется на ощущение тяжести и умеренную боль в правом подреберье, тошноту, общую слабость. Кожные покровы желтого цвета. Рс. - 88 уд/мин. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот равномерно принимает участие в акте дыхания, незначительно болезненный в правом подреберье. УЗД - конкременты в желчном пузыре, холедох расширен до 18 мм. Общий билирубин 86 ммоль/л, за счет прямого. Увеличена щелочная фосфатаза. Кал ахолический. Какому заболеванию отвечают клинические симптомы?

- А. Острый индуративный панкреатит
- В. ЖКБ. Механическая желтуха.
- С. Острый гепатит
- Д. Острый калькулезный холецистит

12. Больная 48 лет поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры до 38°C. Состояние больной средней тяжести, число дыханий - 28 в минуту, пульс 110 уд. в мин, язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяется симптом Щеткина-Блюмберга, положительные симптомы Ортнера, Мэрфи, Мюсси. Лейкоцитоз - 18×10^9 /л. На фоне консервативной терапии в течение 12 часов состояние больной не улучшилось, повысилась температура, возрос лейкоцитоз. Ваш предварительный диагноз:

- А. острый очаговый панкреатит;
- В. острый катаральный холецистит;
- С. перфоративная язва 12 пк;
- Д. острый флегмонозный холецистит;

13. Больному с острым флегмонозным холециститом, не отягощённому сопутствующими заболеваниями, при неэффективности инфузионно-медикаментозной терапии в течение двух суток показана:

- A. Лапароскопия.
- B. Лапароскопическая холецистэктомия.
- C. Срочное оперативное вмешательство.
- D. Включение в консервативную терапию антибиотиков.

14. Больная 52 год. оперируется по поводу острого флегмонозного холецистита. Операция выполнена без осложнений, желчный пузырь выделен субсерозно от шейки к дну с отдельной перевязкой пузырной артерии и пузырного протока. Ложа пузыря перитонизирован. Гепатикохоledох не расширен. Как Вы зашьёте брюшную полость?

- A. Брюшную полость зашить наглухо без дренирования полости
- B. Операционную рану зашить наглухо с дренированием подпеченочного пространства через контрапертуру
- C. Брюшную полость зашить наглухо с дренированием брюшной полости через нижний угол раны
- D. Наложить провизорные швы на рану

15. У 38-летней больной после перенесенной два года назад холецистэктомии возобновились приступы печеночной колики с пожелтением кожных покровов. Диагностирован постхолецистэктомический синдром. Какая самая частая причина его возникновения?

- A. Стенозирующий папиллит
- B. Дуоденостаз
- C. Оставленные во время первой операции конкременты
- D. Дискинезия желчных путей

16. Больная 48 лет поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры до 38°C. Состояние больной средней тяжести, число дыханий - 28 в минуту, пульс 110 уд. в мин, язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяется симптом Щеткина-Блюмберга, положительные симптомы Ортнера, Мэрфи, Мюсси. Лейкоцитоз- 18×10^9 /л. На фоне консервативной терапии в течение 12 часов состояние больной не улучшилось, повысилась температура, возрос лейкоцитоз. Ваша тактика лечения у данной больной:

- A. экстренная операция;
- B. массивная антибиотикотерапия;
- C. чрескожная санация желчного пузыря;
- D. комплексная инфузионная терапия;

17. Больная Р, 58 лет, жалуется на периодические ноющие боли в правом подреберье, горечь во рту, усиление боли после приема жирной, острой пищи. При УЗД: стенка желчного пузыря утолщена, в просвете конкременты, холедох 1,8 см. Какой вид оперативного вмешательства наиболее оптимален в данном случае?

- А. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия, лапароскопическая холецистэктомия
- В. Лапароскопическая холецистэктомия
- С. Холецистэктомия, наружное дренирование холедоха
- Д. Холецистэктомия, холедоходуоденоанастомоз

18. Больная, 64 год, жалуется на боль в эпигастрии и в правом подреберье, тошноту, рвоту, повышение t тела до $38,2^{\circ}\text{C}$. На УЗД - мелкие конкременты в желчном пузыре, расширение холедоха до 14 мм. Кожные покровы желтушного цвета. РС - 92 уд/мин. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот ограниченно принимает участие в акте дыхания, болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Печень +2 см выступает из под края реберной дуги. Какому заболеванию отвечают клинические симптомы?

- А. ЖКБ. Острый калькулезный холангит
- В. Острый деструктивный аппендицит
- С. Острый калькулезный холецистит
- Д. Перфоративная язва ДПК

19. У больного с флегмонозным холециститом во время операции обнаружен воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки. Каким способом целесообразно произвести холецистэктомию в данном случае?

- А. Первоначально выполнить холедохотомию, затем холецистэктомию комбинированным способом.
- В. Выполнить мукоклазию.
- С. Первоначально выделить холедох, затем выполнить холецистэктомию.
- Д. Холецистэктомию «от дна».

20. Больная 42 лет, жалуется на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в лопатку и спину. Последние 2 года плохо переносит приём жирной пищи. Температура $38,2^{\circ}\text{C}$, лейкоцитоз в крови $15,8 \times 10^9/\text{л}$. В правом подреберье и эпигастрии определяется болезненность и напряжение мышц. Положительный симптом Ортнера. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. Острый панкреатит.
- В. Перфоративная гастродуоденальная язва.
- С. Острый деструктивный холецистит.
- Д. Перфоративный аппендицит, перитонит.

21. У больного 57 лет, не отягощённого сопутствующими заболеваниями, диагностирован острый флегмонозный холецистит, явления местного перитонита отсутствуют. Срок заболевания - 2 суток. Выберите оптимальную лечебную тактику:

- A. Провести курс антибактериальной терапии;
- B. Провести консервативную терапию, при отсутствии эффекта - выполнить операцию;
- C. Лечебная тактика зависит от результатов УЗИ;
- D. Чрескожное дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ.

22. Вы оперируете больного по поводу желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и гнойным холангитом. Выберите оптимальный объём оперативного вмешательства:

- A. Холецистэктомия «от шейки» и введение дренажа по С.И. Спасокукоцкого.
- B. Холецистостомия.
- C. Холецистэктомия и дренирование холедоха через культю пузырного протока.
- D. Холецистэктомия, холедохотомия и дренирование холедоха по Керу.

23. Больной с желчнокаменной болезнью может быть рекомендована экстракорпоральная литотрипсия при наличии: 1. Множества конкрементов в желчном пузыре; 2. Двух камней в желчном пузыре диаметром 1,8 см.; 3. Одиночного камня, занимающего почти весь просвет желчного пузыря; 4. Атоничного желчного пузыря и проходимого пузырного протока; 5. Сохраненной сократительной функции желчного пузыря. Выберите правильную комбинацию ответов:

- A. 1,5.
- B. 2,4.
- C. 2,5.
- D. 3,4.

24. У больного с желтушным окрашиванием кожи и склер в сыворотке крови нарастает уровень общего билирубина за счёт прямой фракции. Это может наблюдаться при: 1. Ущемлении камня в большом дуоденальном соске. 2. Обусловленном панкреонекрозом сдавлении терминального отдела общего желчного протока. 3. Вколоченном камне в общем печеночном протоке. 4. Обтурации камнем пузырного протока. 5. Остром отёчном панкреатите. Выберите лучшую комбинацию правильных ответов:

- A. 1,2,4.
- B. 1,3,5.
- C. 2,3,4.
- D. 1,2,5.

25. У больного 77 лет, с выраженной сердечной недостаточностью, выявлен деструктивный холецистит с явлениями интоксикации. Какому методу лечения отдать предпочтение?
- A. Операции холецистэктомии.
 - B. Операции холецистостомии.
 - C. Чрескожной чреспеченочной холангиостомии.
 - D. Только консервативному методу лечения.
26. При обследовании больного 67 лет Вы диагностировали острый гангренозный холецистит и местный перитонит. Ваша лечебная тактика?
- A. Консервативное лечение в связи с пожилым возрастом больного.
 - B. Операция при отсутствии эффекта от консервативной терапии.
 - C. Принятие тактического решения зависит от срока заболевания.
 - D. Экстренное оперативное лечение.
27. Назначение антибактериальных препаратов больным острым холециститом производят:
- A. Только до операции для лечения острого холецистита.
 - B. Только во время операции с возможным продолжением в послеоперационном периоде для антибиотикопрофилактики гнойно-воспалительных осложнений.
 - C. Только после операции для лечения гнойно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде.
 - D. Для лечения острого холецистита до операции и лечения гнойно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде.
28. Больному 62 года, с острым флегмонозным холециститом и местным перитонитом, страдающему тяжелой бронхиальной астмой с декомпенсированной дыхательной недостаточностью, показано:
- A. Только консервативное лечение, включая антибиотики.
 - B. Срочная холецистэктомия лапароскопическим методом.
 - C. Минилапаротомная холецистостомия.
 - D. Только консервативному методу лечения, кроме антибиотиков
29. Больная 57 лет поступила в клинику жалобами на боли в области правой подреберье, повышения температуры тела с ознобом, желтушность кожи и склер, недомогания. Из анамнеза 5 дней назад внезапно после обильной жирной пищи появились сильные боли в области правой подреберье и цвет мочи потемнел. В домашних условиях больная принимала антибиотики и обезболивающие препараты. Поставьте предварительный диагноз?
- A. ЖКБ. Механическая желтуха. Холангит.
 - B. Механическая желтуха. Холангит.
 - C. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Холангит.
 - D. Механическая желтуха. Папиллит. Холангит.

30. Больная 57 лет поступила в клинику жалобами на боли в области правой подреберье, повышения температуры тела с ознобом, желтушность кожи и склер, недомогания. Из анамнеза 5 дней назад внезапно после обильной жирной пищи появились сильные боли в области правой подреберье и цвет мочи потемнел. В домашних условиях больная принимала антибиотики и обезболивающие препараты. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования нужно провести?

А. Общий анализ крови и мочи. Биохимический анализ крови. УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь и желчевыводящие пути, поджелудочная железа), КТ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь и желчевыводящие пути, поджелудочная железа), ЭРПХГ и ЧЧХГ по показаниям;

В. Биохимический анализ крови. УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь и желчевыводящие пути, поджелудочная железа), ЭРПХГ и ЧЧХГ по показаниям;

С. Биохимический анализ крови. УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь и желчевыводящие пути);

Д. Общий анализ крови и мочи. Биохимический анализ крови. КТ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь и желчевыводящие пути, поджелудочная железа).

Практические навыки (тестовые вопросы к рисункам)

1. Какое анатомическое строение отображен под номером 8?

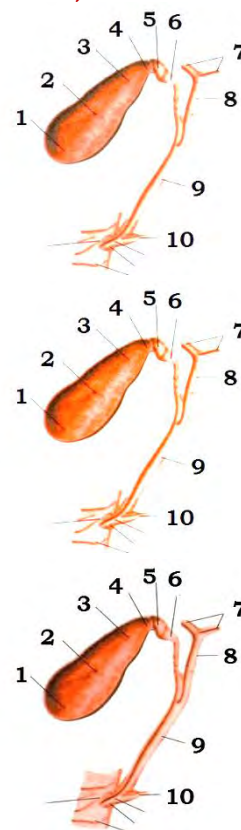
- А. Карман Гартмана
- В. Пузырный проток
- С. Общий печеночный проток
- Д. Общий желчный проток

2. Какое анатомическое строение отображен под номером 1?

- А. Карман Гартмана
- В. Дно желчного пузыря
- С. Спиральная заслонка Гейстера
- Д. Тело желчного пузыря

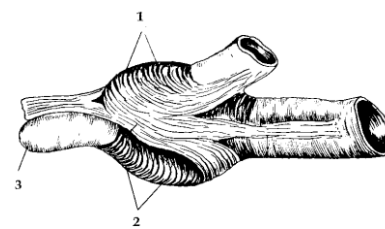
3. Какое анатомическое строение отображен под номером 9?

- А. Карман Гартмана
- В. Общий желчный проток
- С. Спиральная заслонка Гейстера
- Д. Шейка желчного пузыря



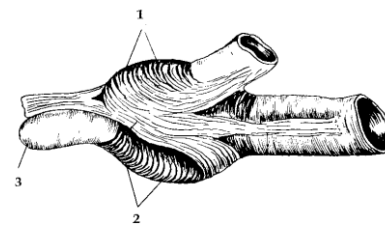
4. Какое анатомическое строение отображен под номером 1?

- A. Карман Гартмана;
- B. Сфинктер Вестфалья;
- C. Сфинктер Одди;
- D. Фатеров сосочек.



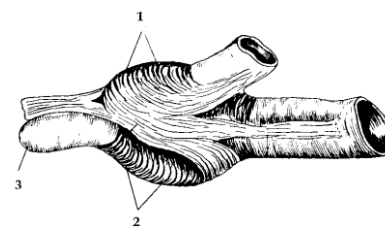
5. Какое анатомическое строение отображен под номером 2?

- A. Карман Гартмана;
- B. Сфинктер Вестфалья;
- C. Сфинктер Одди;
- D. Фатеров сосочек.



6. Какое анатомическое строение отображен под номером 3?

- A. Карман Гартмана;
- B. Сфинктер Вестфалья;
- C. Сфинктер Одди;
- D. Фатеров сосочек.



7. Какой Симптом определяет врач в данном рисунке?

- A. Симптом Кохера;
- B. Симптом Мюссе-Гиоргиевского;
- C. Симптом Мерфи;
- D. Симптом Ортнера.



8. Какой Симптом определяет врач в данном рисунке?

- A. Симптом Кохера;
- B. Симптом Мюссе-Гиоргиевского;
- C. Симптом Мерфи;
- D. Симптом Ортнера.



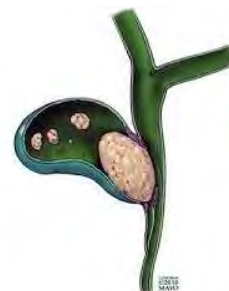
9. Какой Симптом определяет врач в данном рисунке?

- A. Симптом Образцова;
- B. Симптом Мюссе-Гиоргиевского;
- C. Симптом Мерфи;
- D. Симптом Ортнера.



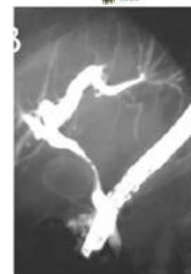
10. Какая патология желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков отображен на данной картинке?

- A. Синдром Миризи
- B. Холедохолитиаз
- C. Холецистолитиаз
- D. Водянка желчного пузыря



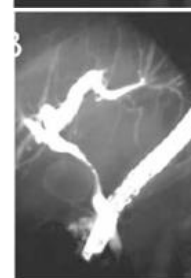
11. Какой метод диагностики внепеченочных желчных путей отображен на данном рисунке?

- A. ЧЧХГ
- B. ЭРПХГ
- C. Внутривенная холангиография
- D. Обзорная рентгенография



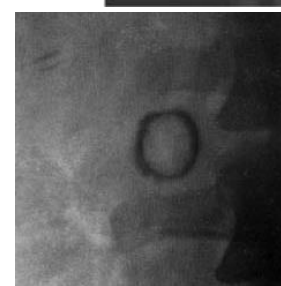
12. Укажите тип синдрома Миризи по классификации Csandens:

- A. I-тип
- B. II-тип
- C. III-тип
- D. IV-тип



13. Какой метод диагностики внепеченочных желчных путей отображен на данном рисунке?

- A. Чрезкожно-чрезпеченочная холангиография
- B. Обзорная рентгенография
- C. Внутривенная холангиография
- D. Компьютерная томография



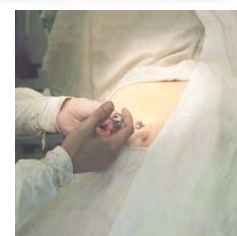
14. Установите патологоанатомический диагноз острого холецистита:

- A. Острый гангренозный холецистит
- B. Острый катаральный холецистит
- C. Острый флегмонозный холецистит
- D. Это не острый холецистит



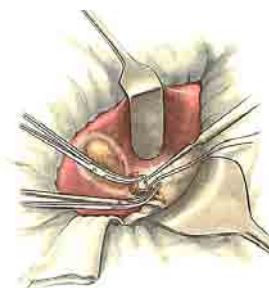
15. Какая манипуляция изображено на рисунке?

- A. Паранефральная блокада
- B. Блокада круглой связки печени
- C. Инфильтрационная анестезия операционного поля
- D. Подкожная инъекция.



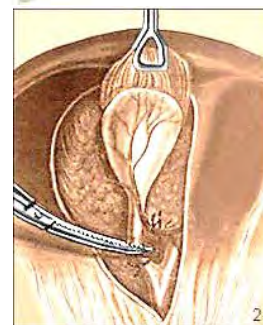
16. Какой способ холецистэктомии отображена на рисунке?

- A. Холецистэктомия от шейки
- B. Холецистэктомия от дна
- C. Комбинированная холецистэктомия
- D. Операция Прибрама



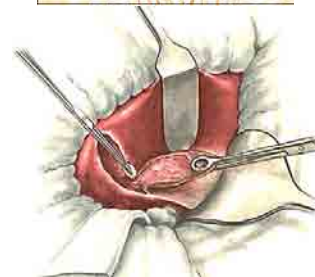
17. Какой этап холецистэктомии отображена на рисунке?

- A. выделение желчного пузыря;
- B. перевязка пузырной артерии и пузырного протока;
- C. перитонизация ложа желчного пузыря наложением кетгутового шва на висцеральную брюшину
- D. Ревизия гепатодуоденальной зоны



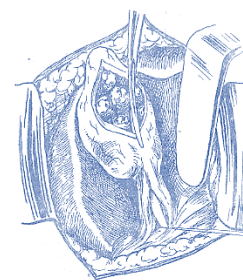
18. Какой способ холецистэктомии отображена на рисунке ?

- A. Холецистэктомия от шейки
- B. Холецистэктомия от дна
- C. Комбинированный способ
- D. Холецистостомия



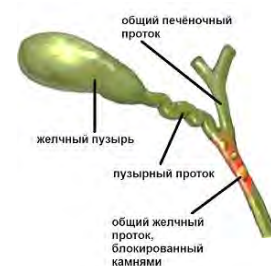
19. Какой способ холецистэктомии отображен на рисунке?

- A. Холецистэктомия от шейки
- B. Холецистэктомия от дна
- C. Комбинированная холецистэктомия
- D. Операция Прибрама



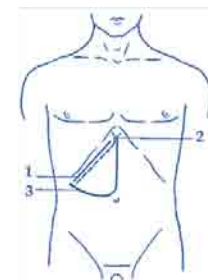
20. Какой патологический процесс изображен на данной схеме?

- A. Холецистолитиаз
- B. Синдром Миризи
- C. Холедохолитиаз
- D. Гангренозный холецистит



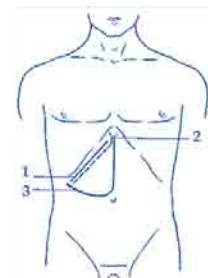
21. Какой оперативный доступ изображен на рисунке под номером 1?

- A. косой разрез по Керу
- B. косой разрез по Кохеру;
- C. косой разрез по С.П. Федорову;
- D. углообразный разрез по Рио-Бранко;



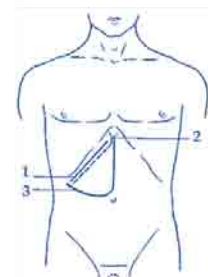
22. Какой оперативный доступ изображен на рисунке под номером 2?

- А. косой разрез по Керу
- В. косой разрез по Кохеру;
- С. косой разрез по С.П. Федорову;
- Д. углообразный разрез по Рио-Бранко;



23. Какой оперативный доступ изображен на рисунке под номером 3?

- А. косой разрез по Керу
- В. косой разрез по Кохеру;
- С. косой разрез по С.П. Федорову;
- Д. углообразный разрез по Рио-Бранко;



24. Какой способ дренирования общего желчного протока указан на рисунке?

- А. дренаж по Вишневскому
- В. расщепленный дренаж по Стерлингу
- С. по Каттелю
- Д. Т-образная дренажная трубка по Керу



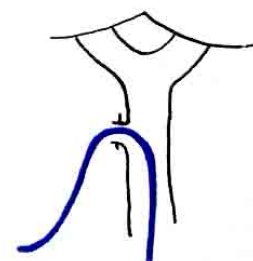
25. Какой способ дренирования общего желчного протока указан на рисунке?

- А. по Abbe;
- В. по Halsted;
- С. по Д.Л. Пиковскому;
- Д. по Э.И. Гальперину.



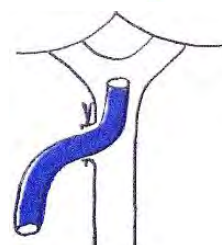
26. Какой способ дренирования общего желчного протока указан на рисунке?

- А. по Abbe;
- В. по Halsted;
- С. по Д.Л. Пиковскому;
- Д. по Э.И. Гальперину.



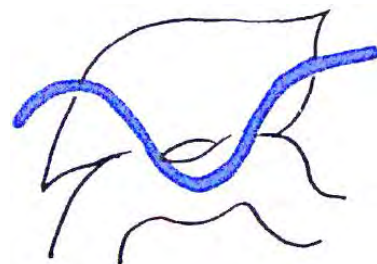
27. Какой способ дренирования общего желчного протока указан на рисунке?

- А. по Abbe;
- В. по Halsted;
- С. по Д.Л. Пиковскому;
- Д. по Э.И. Гальперину.



28. Какой метод дренирования желчных путей изображено на рисунке?

- A. по Halsted;
- B. по Д.Л. Пиковскому;
- C. по Praderi;
- D. по Э.И. Гальперину.



29. Назовите названию операции представленный на рисунке?

- A. Дренирование холедоха
- B. Холецистэктомия
- C. Дренирование правого бокового канала
- D. Холецистостомия



30. Назовите названию зондов представленной на рисунке по автору?

- A. зонды Непатона
- B. зонды Долиотти
- C. зонды Кохера
- D. зонды Стеика



Ответы

Тестовые вопросы

1. A	6. B	11. C	16. C	21. A	26. B
2. B	7. A	12. A	17. D	22. D	27. C
3. A	8. B	13. B	18. A	23. C	28. B
4. D	9. A	14. A	19. C	24. A	29. D
5. A	10. C	15. A	20. C	25. D	30. D

Ситуационные задачи

1. C	6. D	11. B	16. A	21. D	26. D
2. A	7. A	12. D	17. B	22. D	27. B
3. A	8. D	13. C	18. A	23. C	28. C
4. A	9. C	14. B	19. D	24. D	29. A
5. A	10. D	15. C	20. C	25. B	30. A

Практические навыки

1. C	6. D	11. B	16. A	21. B	26. C
2. B	7. B	12. D	17. B	22. C	27. A
3. B	8. D	13. B	18. B	23. D	28. D
4. B	9. A	14. A	19. D	24. A	29. D
5. C	10. A	15. B	20. A	25. B	30. B

Глава 3. Острый панкреатит и его осложнения

Тестовые вопросы

1. Абдоминализация поджелудочной железы – это:
 - А. Удаление некротизированной части поджелудочной железы в пределах здоровых тканей
 - В. Проведение большого сальника через отверстие в желудочно-ободочной связке и фиксация его к брюшине вдоль верхнего и нижнего краев поджелудочной железы
 - С. Дренирование сальниковой сумки
 - Д. Удаление некротической части поджелудочной железы в пределах нежизнеспособных тканей
 - Е. Проведение сальника под тело и хвост поджелудочной железы со следующим ее обертыванием
2. Абортивное течение острого панкреатита характеризуется:
 - А. Процесс ограничивается отторжением патологически измененной железы
 - В. Ограничением течения острым отеком железы с выздоровлением через 7-8 дней
 - С. Процесс ограничивается отторжением патологически неизмененной железы
 - Д. Заболевание завершается так и не достигнув клинических проявлений
 - Е. Изменений со стороны органа нет
3. Болезненность при перкуссии над поджелудочной железой – это:
 - А. Симптом Ситковского
 - В. Симптом Мейо-Робсона
 - С. Симптом Воскресенского
 - Д. Симптом Роздольского
 - Е. Симптом Бартомье-Михельсона
4. В дистальной части присоединения общей желчной и вирсунгового пролива находится сфинктер:
 - А. Вестфаля
 - В. Люткенса
 - С. Одди
 - Д. Мириззи
 - Е. Гейстера
5. В какой период острого панкреатита возникают псевдокисты поджелудочной железы:
 - А. Период гемодинамических нарушений и панкреатогенного шока
 - В. Период дегенеративных и гнойных осложнений
 - С. Период мнимого благополучия

- D. Период функциональной недостаточности паренхиматозных органов
- E. Терминальный период
6. :В классификации хронического панкреатита не выделяют:
- A. Индуративный
- B. Псевдотуморозный
- C. Кистозно-фиброзный
- D. Специфический
- E. Муцинозный
7. :В первую очередь в патогенетическом лечении острого панкреатита следует:
- A. Провести назогастральную декомпрессию желудочно-кишечного тракта
- B. Подавить секреторную функцию поджелудочной железы
- C. Ликвидировать гиповолемию
- D. Провести инактивацию панкреатических ферментов
- E. Ввести цитостатики
8. :В период ремиссии больных с хроническим панкреатитом как правило тревожит:
- A. Нестойкие опорожнения
- B. Умеренная болезненность по ходу поджелудочной железы
- C. Частый пронос
- D. Рвота
- E. Глоссит
9. В чем заключается отличие псевдокисты от настоящей кисты поджелудочной железы:
- A. В сроке возникновения
- B. В локализации
- C. В отсутствии эпителиальной выстилки
- D. В наличии болевого синдрома
- E. В сроке течения заболевания
10. В чем заключается принцип консервативного лечения свищей поджелудочной железы:
- A. Снижение панкреатической секреции
- B. Повышение панкреатической секреции
- C. Стимуляция регенерации
- D. Улучшение оттока желчи
- E. Консервативное лечение неэффективно
11. Вирсунгов проток топографически относительно поверхности органа в области тела расположен:
- A. Ближе к передней поверхности

- В. Ближе к задней поверхности
 - С. В центре органа
 - Д. По верхнему краю
 - Е. По нижнему краю
12. Во время ремиссии хронического панкреатита питание должно быть:
- А. Богатым жирами
 - В. Богатым углеводами
 - С. Богатым белками
 - Д. Бедным на белки
 - Е. Бедным на витамины
13. Возникновение ранних кровотечений при осложненном остром панкреатите бывает чаще:
- А. В первые несколько суток
 - В. В первые несколько часов
 - С. На протяжении первых суток
 - Д. В течение первого часа
 - Е. В первые минуты
14. Возникновение шока наблюдается при тяжелом течении панкреатита с развитием:
- А. Кисты поджелудочной железы
 - В. Аррозивного кровотечения
 - С. Тотального некроза железы
 - Д. Абсцесса брюшной полости
 - Е. Парапанкреатического инфильтрата
15. Выберите наиболее оптимальное хирургическое лечение отечной формы острого панкреатита:
- А. Секвестрэктомия
 - В. Марсупиализация
 - С. Оментопанкреатопексия
 - Д. Абдоминализация поджелудочной железы
 - Е. Хирургическое лечение не показано
16. Выявление в брюшной полости геморрагического экссудата с высокой ферментативной активностью является показанием к выполнению:
- А. УЗИ органов брюшной полости
 - В. Лапаротомии
 - С. Обзорной рентгенографии органов брюшной полости
 - Д. Компьютерной томографии органов брюшной полости
 - Е. Лапароцентеза
17. Геморрагический панкреонекроз возникает в результате:
- А. Формирования демаркационного воспалительного вала вокруг очагов жирового некроза

- В. Присоединения инфекции на фоне жирового панкреонекроза
- С. Повреждающего действия на панкреатоциты и интерстициальную клетчатку липолитических ферментов
- Д. Спонтанного купирования аутолитического процесса и инволюции мелкоочагового панкреонекроза
- Е. Протеолитического некроза панкреатоцитов и повреждения сосудистой стенки под действием протеолитических ферментов
18. Гиперсекреция поджелудочной железы может привести к спазму сфинктера:
- А. Люткина
- В. Мириззи
- С. Одди
- Д. Вестфаля
- Е. Гейстера
19. Главный проток поджелудочной железы соединяется с общим желчным протоком в:
- А. 80 % случаев
- В. 20 % случаев
- С. 100 % случаев
- Д. 50 % случаев
- Е. 5 % случаев
20. Двенадцатиперстная кишка охватывает головку поджелудочной железы в виде:
- А. Подковы
- В. Копыта
- С. Звезды
- Д. Хвоста
- Е. Крючка
21. Диагностированный острый травматический панкреатит со „свежим” разрывом железы является показанием к:
- А. Отсроченному оперативному вмешательству
- В. Позднему оперативному вмешательству
- С. Раннему оперативному вмешательству
- Д. Не нуждается в оперативном вмешательстве
- Е. Исключительно к консервативной терапии
22. Диспепсические явления при хроническом панкреатите:
- А. Отрыжка, изжога, исхудание, изменения цвета кожи
- В. Отрыжка, изжога, тошнота, отсутствие аппетита
- С. Отрыжка, тошнота, многократная рвота
- Д. Отрыжка, тошнота, фебрильная температура, исхудание
- Е. Изменение цвета кожи, исхудание, изжога, рвота

23. Кровотечение при осложненном панкреатите возникает в результате аррозии указанных сосудов, кроме:

- A. Селезеночной артерии
- B. Селезеночной вены
- C. Общей печеночной артерии
- D. Желудочно-двенадцатиперстной артерии
- E.левой желудочной артерии

24.: Кровотечение, как осложнение острого панкреатита может происходить во:

- A. Внешний свищ
- B. Незажившую рану
- C. Брюшную полость
- D. Желудочно-кишечный тракт (при внутреннем свище)
- E. При всех предыдущих вариантах

25. Медленное рассасывание псевдокисты возможно:

- A. В первую неделю существования кисты
- B. В первые две недели
- C. В первые 2 месяца
- D. В первый месяц
- E. Через 1 год

26.: Местная симптоматика забрюшинной флегмоны при осложнении острого панкреатита характеризуется:

- A. Болезненностью при пальпации слева
- B. Напряженностью поясничных мышц
- C. Сглаженностью контуров поясницы
- D. Отеками и гиперемией тканей
- E. Все симптомы имеют место быть

27. Наиболее оптимальным методом операции при наличии сформированной псевдокисты в области хвоста поджелудочной железы является:

- A. Цистогастростомия
- B. Наружное дренирование кисты под контролем УЗИ
- C. Резекция хвоста поджелудочной железы
- D. Марсупиализация
- E. Цистоэнтероанастомоз

28. Наиболее оптимальным объемом лечения острого биллиарного панкреатита является:

- A. Резекция поджелудочной железы
- B. Холецистэктомия
- C. Дренирование ложа поджелудочной железы
- D. Холецистэктомия, санация и дренирование желчных путей

Е. Дренирование ложа поджелудочной железы

29. Наиболее патогенетически обоснованная терапия парапанкреатического инфильтрата:

- А. Антибактериальная
- В. Дезинтоксикационная
- С. Десинсебилизирующая
- Д. Рассасывающая
- Е. Оперативное лечение

30. Наиболее частым осложнением острого панкреатита является:

- А. Киста поджелудочной железы
- В. Абсцесс дугласового пространства
- С. Пилефлебит
- Д. Панкреонекроз
- Е. Паранефрит

Ситуационные задачи

1. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. Какой метод исследования может подтвердить диагноз

- А. Диастаза мочи
- В. Реовазография
- С. Доплерография
- Д. Рентгенография органов брюшной полости
- Е. Рентгенография органов брюшной полости

2. Больная 39 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричны, температура тела 36,8. РС 82 уд. в мин., АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий болезненный в правом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. При УЗИ имеется умеренное расширение ОЖП, подозрение на конкремент в их просвете. С целью уточнения патологии ОЖП выполнена ЭРПХГ. Контрастированы частично ГППЖ и ОЖП, в просвете которого определяется конкремент. Выполнена ЭПТ с литоэкстракцией. К вечеру у больной появились резкие опоясывающие боли, вздутие живота, многократная рвота, показатели амилазы крови- 72г/л, мочи- 240г/л. Какое заболевание развилось у больной?

- А. Механическая желтуха
- В. Острый панкреатит
- С. Холедохолитиаз
- Д. ПХЭС
- Е. Все варианты верны

3. Больная 76 лет поступила с жалобами на резкие, опоясывающие боли в верхней половине живота. Боли появились внезапно после употребления жирной пищи, нестерпимые, беспокоит многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Страдает много лет ЖКБ, ИБС, ГБ. Температура тела 37,2. При осмотре состояние тяжелое, склеры иктеричны, акроцианоз, кожа покрыта холодным потом, пульс 125 уд. в мин. аритмичный, АД 140/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, мягкий, печеночная тупость сохранена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Амилаза мочи 840 г/л. При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, стенка 1-2 мм. толщиной, в просвете мелкие конкременты, внепеченочные желчные протоки расширены в просвете мелкие конкременты. Поджелудочная железа увеличена, эхогенность снижена, контуры смазанные. Какова лечебная тактика?

- A. Медикаментозное лечение острого панкреатита
- B. ЭФГДС
- C. Эндоскопическая папиллотомия и литоэкстаркция
- D. Срочная лапаротомия
- E. Верные ответы A, B, C

4. При клиническом исследовании у больного выявлено фиолетовые пятна на коже лица и туловища. Какой симптом определяется у больного?

- A. Симптом Мондора
- B. Симптом Турнера
- C. Симптом Холстеда
- D. Симптом Кулена
- E. Симптом Воскресенского

5. При клиническом исследовании у больного выявлено цианоз боковых поверхностей живота и туловища. Какой симптом определяется у больного?

- A. Симптом Мондора
- B. Симптом Турнера
- C. Симптом Холстеда
- D. Симптом Кулена
- E. Симптом Воскресенского

6. Больной поступил в больницу с диагнозом: острый панкреатит. При исследовании у больного определяется: бледность кожных покровов, умеренная тахикардия с опережением температуры на 10-20 ударов за минуту, сухость языка, относительная гипертензия, уменьшение

диуреза, умеренная лимфоцитопения. Какая степень токсемии у больного?

- А. Легкая
- В. Средняя
- С. Тяжелая
- Д. Очень тяжелая
- Е. Токсемии нет

7. Больной поступил в больницу с диагнозом: острый панкреатит. При исследовании у больного определяется: гиперемия лица, повышенная сухость кожи, умеренная одышка, несоответствие температуры тела и частоты сердечных сокращений, частота пульса опережает температуру, гипотония, олигурия, заторможенность, умеренная агрегация эритроцитов, лимфоцитопения, сладж-синдром. Какая степень токсемии у больного?

- А. Легкая
- В. Средняя
- С. Тяжелая
- Д. Очень тяжелая
- Е. Токсемии нет

8. Больной поступил в больницу с диагнозом: острый панкреатит. При исследовании у больного определяется: акроцианоз, сосудистые пятна, повышенная влажность кожи, сухой язык, выраженная одышка, тахикардия до 120 ударов за минуту, гипотензия, коллапс, анурия, гематурия, тяжелые нарушения в свертывающей системе крови. Какая степень токсемии у больного?

- А. Легкая
- В. Средняя
- С. Тяжелая
- Д. Очень тяжелая
- Е. Токсемии нет

9. У больного с острым панкреатитом диагностирован ферментативный разлитый перитонит. К каким осложнениям относится это состояние?

- А. Ранние
- В. Средние
- С. Поздние
- Д. Очень поздние
- Е. Все верно

10. У больного с острым панкреатитом диагностирована острая почечная недостаточность. К каким осложнениям относится это состояние?

- А. Ранние
- В. Средние

- С. Поздние
 - D. Очень поздние
 - Е. Все верно
11. У больного с острым панкреатитом диагностировано желудочно-кишечное кровотечение. К каким осложнениям относится это состояние?
- A. Ранние
 - B. Средние
 - С. Поздние
 - D. Очень поздние
 - Е. Все верно
12. У больного с острым панкреатитом диагностировано пневмонию. К каким осложнениям относится это состояние?
- A. Средние
 - B. Поздние
 - С. Ранние
 - D. Очень поздние
 - Е. Все верно
13. У больного с острым панкреатитом диагностировано парапанкреатит. К каким осложнениям относится это состояние?
- A. Ранние
 - B. Средние
 - С. Поздние
 - D. Очень поздние
 - Е. Все верно
14. У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания в эпигастральной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась гектическая температура, выросла тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 96 в минуту, АД — 120/80 мм. рт.ст. Язык сухой. Живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется болезненное опухолевидное образование до 10 см в диаметре; перитониальные симптомы отрицательные, перистальтика прослушивается. Анализ крови: Hb — 105 г/л, лейкоцитов — 18×10^9 /л, эоз.- 3, п/я — 29, с/я — 52, мон — 8, лимф — 8, СОЭ 48 мм/час. Ваш диагноз?
- A. Абсцесс сальниковой сумки
 - B. Острый парапанкреатит
 - С. Инфильтрат поджелудочной железы
 - D. Острый панкреатит

Е. Отек поджелудочной железы

15. У больного геморрагическим панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до 39,5°. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитониальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гипертермия кожи и отечность поясничной области слева. Симптом Мейо – Робсона резко положительный. Лейкоциты крови $20 \times 10^9/\text{л}$. Ваш предположительный диагноз?

А. Абсцесс сальниковой сумки

В. Острый парапанкреатит

С. Инфильтрат поджелудочной железы

Д. Флегмона забрюшинной клетчатки

Е. Отек поджелудочной железы

16. У больного с острым панкреатитом диагностировано флегмону забрюшинной клетчатки. К каким осложнениям относится это состояние?

А. Ранние

В. Средние

С. Поздние

Д. Очень поздние

Е. Все верно

17. Больной 50 лет поступил с клиникой острого панкреатита. При экстренно выполненной лапароскопии в брюшной полости выявлен геморрагический экссудат и «стеариновые пятна» на висцеральной брюшине корня брыжейки поперечно-ободочной кишки. Ваш диагноз?

А. Смешанный панкреонекроз

В. Острый панкреатит

С. Инфицированный панкреонекроз

Д. Острый билиарный панкреатит

Е. Нет правильного ответа

18. Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, резко болезненный в эпигастриальной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Щеткина – Блюмберга и Мейо – Робсона. Пульс – 96 в минуту, слабого наполнения.

Температура 37,2°. АД – 95/60 мм рт.ст. Лейкоциты $17 \times 10^9/\text{л}$. Какое осложнение развилось у больного?

- A. Острый панкреонекроз
- B. Ферментативный шок
- C. Острый перитонит
- D. Сепсис
- E. Все варианты верны

19. У больного с острым панкреатитом диагностирован абсцесс брюшной полости. К каким осложнениям относится это состояние?

- A. Ранние
- B. Средние
- C. Поздние
- D. Очень поздние
- E. Все верно

20. У больного с острым панкреатитом диагностирован свищ поджелудочной железы. К каким осложнениям относится это состояние?

- A. Ранние
- B. Средние
- C. Поздние
- D. Очень поздние
- E. Все верно

21. У больного с острым панкреатитом диагностирован пилефлебит. К каким осложнениям относится это состояние?

- A. Ранние
- B. Средние
- C. Очень поздние
- D. Поздние
- E. Все верно

22. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

- A. Острый холецистит
- B. Инсульт
- C. Ангина
- D. Тромбофлебит подкожных вен
- E. Все верно

23. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

- A. Инсульт
- B. Острый аппендицит
- C. Ангина
- D. Тромбофлебит подкожных вен

Е. Все верно

24. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

А. Инсульт

В. Ангина

С. Тромбофлебит подкожных вен

Д. Перфоративная язва желудка

Е. Все верно

25. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

А. Инсульт

В. Кишечная непроходимость

С. Ангина

Д. Тромбофлебит подкожных вен

Е. Все верно

26. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

А. Тромбоз мезентериальных сосудов

В. Инсульт

С. Ангина

Д. Тромбофлебит подкожных вен

Е. Все верно

27. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

А. Инсульт

В. Ангина

С. Тромбофлебит подкожных вен

Д. Все верно

Е. Инфаркт миокарда

28. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

А. Инсульт

В. Ангина

С. Пневмония

Д. Тромбофлебит подкожных вен

Е. Все верно

29. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

А. Инсульт

В. Ангина

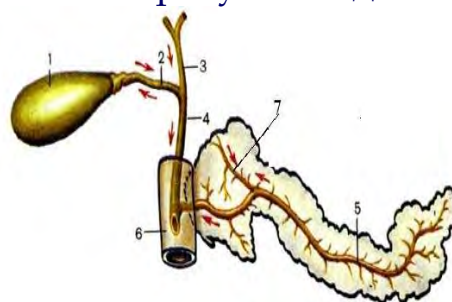
С. Тромбофлебит подкожных вен

- D. Плеврит
E. Все верно
30. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
- A. Нет правильного ответа
B. Инсульт
C. Ангина
D. Тромбофлебит подкожных вен
E. Все верно

Практические навыки

1. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 7?

- A. Проток Санторине
B. Вирсунгов проток
C. Сфинктер Одди
D. Малый сосочек
E. Печеночный проток



2. Какой рентгенологический метод диагностики изображен на рисунке?

- A. Интраоперационная холангиография
B. ЭРХПГ
C. ЧЧХГ
D. в/в холангиопанкреатография
E. Прицельная холангиография



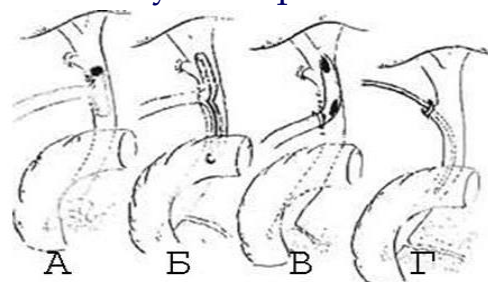
3. Какой метод диагностики панкреатита изображен на рисунке?

- A. МРТ
B. КТ
C. УЗИ
D. МСКТ
E. УЗИ



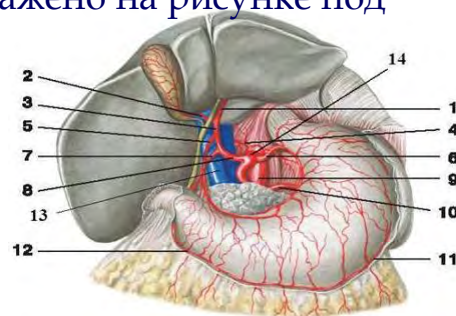
4. Наружное дренирование ОЖП по Пиковскому изображено на рисунке ...?

- A. А
B. Б
C. В
D. Г
E. Нет правильного варианта



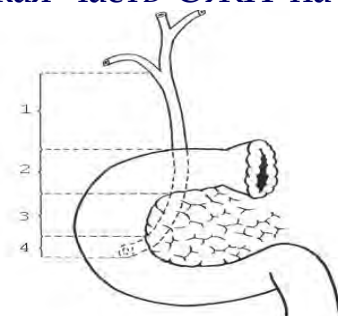
5. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 14?

- A. Общая печеночная артерия
- B. Левая желудочная артерия
- C. Чревный ствол
- D. Селезеночная артерия
- E. Верхняя брыжеечная артерия



6. Под каким номером изображена панкреатическая часть ОЖП на рисунке?

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. Такой части не существует



7. Для какого обследования характерна следующий снимок?

- A. Допплерография
- B. МСКТ
- C. Сонография
- D. Флюороскопия
- E. Нет правильного ответа



8. Какое оперативное вмешательство изображено на рисунке?

- A. Операция Уиппла
- B. Панкреатикоеюностомия
- C. Псевдоцистогастростомия
- D. Холедохогастроеюностомия
- E. Резекция поджелудочной железы



9. Какое оперативное вмешательство изображено на рисунке?

- A. Операция Уиппла
- B. Панкреатикоеюностомия
- C. Псевдоцистогастростомия
- D. Холедохогастроеюностомия
- E. Резекция поджелудочной железы



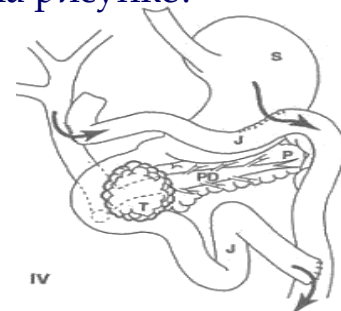
10. Какое оперативное вмешательство изображено на рисунке?

- A. Операция Уиппла
- B. Панкреатикоеюностомия
- C. Псевдоцистогастростомия
- D. Холедохогастроеюностомия
- E. Резекция поджелудочной железы



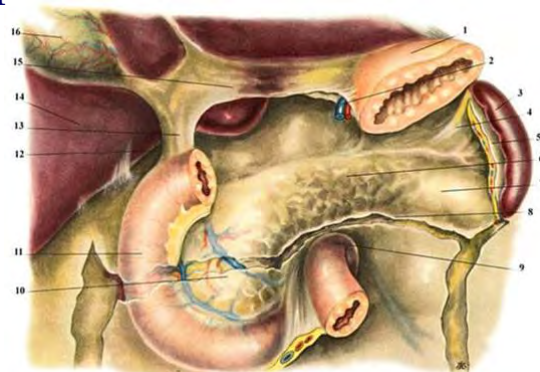
11. Какое оперативное вмешательство изображено на рисунке?

- A. Операция Уиппла
- B. Панкреатикоеюностомия
- C. Псевдоцистогастростомия
- D. Холедохогастроеюностомия
- E. Резекция поджелудочной железы



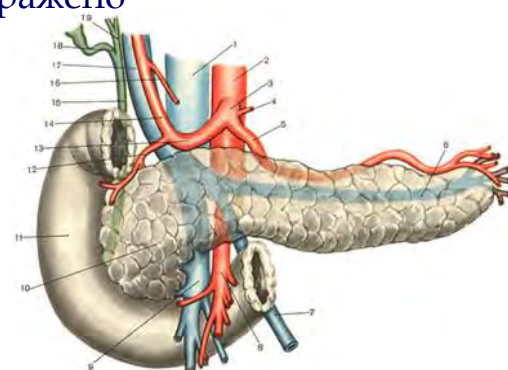
12. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 4?

- A. Диафрагмально-почечная связка
- B. Диафрагмально-селезеночная связка
- C. Диафрагмально-ободочная связка
- D. Хвост поджелудочной железы
- E. Брыжейка ободочной кишки



13. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 6?

- A. Поджелудочная железа
- B. Нижняя полая вена
- C. Панкреатическая вена
- D. Селезеночная вена
- E. Воротная вена



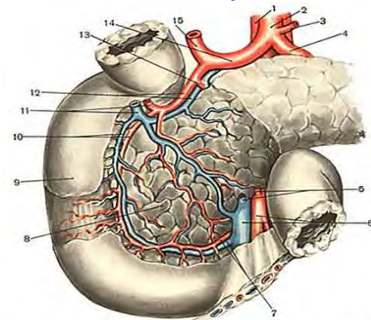
14. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 3?

- A. Общая печеночная артерия
- B. Чревный ствол
- C. Левая желудочная артерия
- D. Общий печеночный проток
- E. Холедох



15. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 3?

- A. Общая печеночная артерия
- B. Чревный ствол
- C. Левая желудочная артерия
- D. Селезеночная артерия
- E. Желудочно-двенадцатиперстная артерия



16. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 11?

- A. Общая печеночная артерия
- B. Чревный ствол
- C. Левая желудочная артерия
- D. Селезеночная артерия
- E. Желудочно-двенадцатиперстная артерия



17. Какой симптом изображен на рисунке?

- A. Куллена
- B. Мондора
- C. Керте
- D. Холстеда
- E. Грея-Тернера



18. Какой симптом изображен на рисунке?

- A. Куллена
- B. Мондора
- C. Керте
- D. Холстеда
- E. Грея-Тернера



19. Какой симптом изображен на рисунке?

- A. Куллена
- B. Мондора
- C. Керте
- D. Холстеда
- E. Грея-Тернера



20. Какой симптом изображен на рисунке?

- A. Куллена
- B. Мондора
- C. Гюльзова



- D. Холстеда
- E. Грея-Тернера

21. Какой симптом изображен на рисунке?

- A. Куллена
- B. Мондора
- C. Гюльзова
- D. Грюнвальда
- E. Грея-Тернера



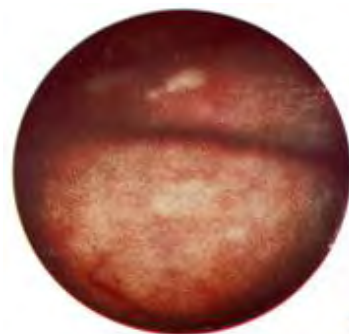
22. Что изображено на эндоскопической картине?

- A. Невоспаленный увеличенный желчный пузырь
- B. Острый панкреатит
- C. Острый холецистопанкреатит
- D. Опухоль панкреаса
- E. Киста панкреаса



23. Что изображено на эндоскопической картине?

- A. Невоспаленный увеличенный желчный пузырь
- B. Жировой некроз
- C. Ксантелазмы
- D. Опухоль панкреаса
- E. Киста панкреаса



24. Какой метод исследования изображен на рисунке?

- A. ЭРХПГ
- B. ЧЧХГ
- C. Целиакография
- D. Контрастная рентгенография
- E. МСКТ



25. Этап какой операции изображен на рисунке?

- A. Оментопексия
- B. Абдоминализация
- C. Панкреатопексия
- D. Резекция
- E. Панкреатоеюностомия



26. Этап какой операции изображен на рисунке?

- A. Оментопексия
- B. Абдоминализация
- C. Панкреатопексия
- D. Резекция
- E. Панкреатоеюностомия



27. Этап какой операции изображен на рисунке?

- A. Оментопексия
- B. Абдоминализация
- C. Панкреатопексия
- D. Резекция
- E. Панкреатоеюностомия



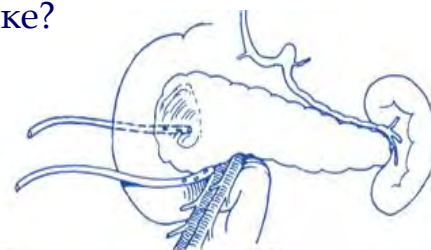
28. Этап какой операции изображен на рисунке?

- A. Оментопексия
- B. Абдоминализация
- C. Панкреатопексия
- D. Резекция
- E. Панкреатостомия



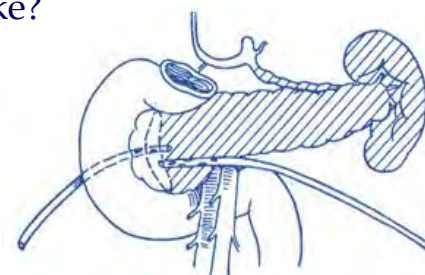
29. Этап какой операции изображен на рисунке?

- A. Оментопексия
- B. Некрпанкреатэктомия
- C. Панкреатопексия
- D. Резекция
- E. Панкреатостомия



30. Этап какой операции изображен на рисунке?

- A. Субтотальная панкреатэктомия
- B. Абдоминализация
- C. Панкреатопексия
- D. Резекция
- E. Панкреатостомия



Ответы

Тестовые вопросы

1	E	6	E	11	A	16	B	21	C	26	E
2	B	7	B	12	C	17	E	22	B	27	C
3	D	8	B	13	A	18	C	23	C	28	D
4	C	9	B	14	C	19	A	24	E	29	A
5	C	10	A	15	E	20	A	25	C	30	D

Ситуационные задачи

1	A	6	A	11	A	16	C	21	D	26	A
2	B	7	B	12	C	17	A	22	A	27	E
3	E	8	C	13	C	18	B	23	B	28	C
4	A	9	A	14	A	19	C	24	D	29	D
5	B	10	A	15	D	20	C	25	B	30	A

Практические навыки

1	A	6	C	11	D	16	A	21	D	26	A
2	C	7	C	12	B	17	E	22	A	27	D
3	B	8	A	13	D	18	A	23	B	28	E
4	D	9	B	14	A	19	B	24	C	29	B
5	C	10	C	15	C	20	C	25	B	30	A

Глава 4. Острые осложнения язвенной болезни

Тестовые вопросы

1. Язвенная болезнь относится к заболеваниям

- А. хроническим рецидивирующим
- В. врожденным
- С. вследствие алкоголизма
- Д. вследствие нарушенного кровообращения

2. Гигантская язва это язва размером

- А. свыше 4-5 см
- В. свыше 3 см
- С. свыше 4 см
- Д. свыше 5 см
- Е. свыше 3,5 см

3. В какую вену осуществляется венозный отток от желудка?

- А. портальную вену;
- В. непарную;
- С. парную;
- Д. верхнюю полую;
- Е. нижнюю полую;

4. Для тяжелого течения язвенной болезни характерно

- А. 2 и больше рецидивы на год
- В. 3 и больше рецидивы на год
- С. 4 и больше рецидивы на год
- Д. 5 и больше рецидивов на год
- Е. 6 и больше рецидивов на год

5. Гастрофиброскопия позволит обнаружить следующие изменения в желудке, кроме

- А. изменений эвакуаторной функции
- В. опухоли
- С. язвы
- Д. полипов, которые кровоточат
- Е. эрозий

6. Какая локализация язвы больше всего характерна для больных пожилого и старческого возраста

- А. кардиального отделу желудка
- В. верхняя треть пищевода
- С. нижняя треть пищевода
- Д. луковица 12-палой кишки
- Е. малая кривизна

7. Симптом Юдина при перфоративной язве это

- А. ощущение при пальпации толчка газов, которые проникают через перфоративное отверстие
- В. притупление перкуторного звука в боковых отделах живота
- С. исчезновение печеночной тупости
- Д. иррадиация боли в плечо или лопатку

8. Абсолютными показами к оперативному лечению язвенной болезни является

- А. тяжелый болевой синдром
- В. рецидивы больше 2 раз в год
- С. язвенный анамнез больше 10 лет
- Д. перфорация язвы
- Е. гигантские язвы

9. Длительность периода первичного шока при перфоративной язве

- А. 24-36 час
- В. 6-12 час
- С. 1-3 час
- Д. 12-24 час
- Е. 3-6 час

10. Для кровотоковой язвы характерно

- А. иррадиация боли в плечо или лопатку
- В. дефанс мышц передней брюшной стенки
- С. симптом Спигарского
- Д. болезненность заднего свода влагалища
- Е. мелена

11. Для перфоративной язвы характерно

- А. напряжение мышц передней брюшной стенки
- В. мелена
- С. рвота кофейной гущей
- Д. высокая кишечная непроходимость
- Е. рвота застойным желудочным содержанием

12. Из какого отдела ШКТ возникают чаще всего кровотечения при синдроме Маллори – Вейсса

- А. кардиального;
- В. дна желудка;
- С. пилорического отдела;
- Д. из 12-ти павшей кишки;
- Е. из толстого кишечника

13. Печеночная тупость не определяется при

- А. разрыве селезенки
- В. разрыве почки
- С. перфорации язвы желудка

Д. завороте желудка

Е. мезентериальном тромбозе

14. Наибольшую гарантию против рецидива язвы при операции по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки дает

А. селективная проксимальная ваготомия

В. резекция не менее 2/3 желудка

С. стволовая ваготомия с пилоропластикой

Д. антрумэктомия с селективной ваготомией

Е. истинная антрумэктомия

15. Прямой признак язвы при рентгеновском исследовании

А. симптом "ниши"

В. нарушение эвакуации из желудка

С. изменение тонуса желудка

Д. форма желудка в виде "песочных часов"

Е. дефект наполнения

16. Тактика семейного врача при прикрытой перфорации язвы

А. плановая госпитализация в хирургический стационар

В. наблюдение на дому

С. экстренная госпитализация в хирургический стационар

Д. госпитализация в терапевтический стационар

Е. нет правильного ответа

17. Изменения в анализе крови при прободной язве

А. лейкопения

В. анемия

С. лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом

Д. эозинофилия

Е. нет правильного ответа

18. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется

А. ушивание прободного отверстия

В. зашивание + гастроэнтероанастомоз

С. резекция желудка

Д. резекция желудка для исключения

Е. различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями

19. Число осложнений язвенной болезни

А. 3

В. 4

С. 1

Д. 5

Е. 2

20. Рациональная операция при субкомпенсированном язвенном стенозе привратника

- A. резекция $\frac{2}{3}$ желудка
- B. антрумэктомия
- C. передний гастроэнтероанастомоз
- D. гастрэктомия
- E. селективная проксимальная ваготомия

21. Неверное для дуоденальной язвы

- A. может возникать при стрессе, сепсисе, ожоге
- B. чаще отмечается у людей с АВ(IV) группой крови
- C. чаще выявляется у мужчин, чем у женщин
- D. обусловлена гипертонусом блуждающего нерва и гиперхлоргидрией
- E. сопровождается ночными болями

22. Длительность периода мнимого благополучия при перфоративной язве

- A. 6 час
- B. 6-12 час
- C. 1-3 час
- D. 12-24 час
- E. 24-36 час

23. Заказная диета при кровоточивых язвах желудка и ДПК

- A. По Мейленграхту
- B. № 1 по Певзнеру
- C. № 5 по Певзнеру
- D. № 15 по Певзнеру
- E. № 5 по Певзнеру

24. Исчезновение или уменьшение боли с началом кровотечения из язвы это

- A. симптом Менделя
- B. симптом Бергмана
- C. симптом Спигарского
- D. симптом де Кевена
- E. симптом Элекера

25. Какая из перечисленных операций на желудке органосохраняющая

- A. резекция за Бильрот I
- B. резекция за Бильрот II
- C. селективная проксимальная ваготомия
- D. гастрэктомия
- E. все перечислены

26. Какие препараты, кроме других свойств, владеют еще и бактериостатическим эффектом на *Helicobacter pylori*

- A. все перечислены препараты
- B. альмагель
- C. винилин
- D. де-нол
- E. кларитромицин

27. Гектическая лихорадка возможна при

- A. пенетрации
- B. неосложненной язве
- C. кровотечении из язвы
- D. перфорации язвы в первые часы
- E. рубцово-язвенном стенозе

28. Изменения в анализе крови при пилоростенозе

- A. лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом
- B. лейкопения, гипокальциемия
- C. анемия, гипокалиемия
- D. эозинофилия
- E. нет правильного ответа

29. Напряжение мышц живота в начальный период прободения язвы

- A. видимое
- B. отсутствует
- C. болезненность под левой лопаткой
- D. появляется при пальпации
- E. нет правильного ответа

30. При перфоративной язве желудка рвота кровью бывает:

- A. не бывает никогда
- B. часто
- C. очень часто
- D. редко
- E. нет правильного ответа

Ситуационные задачи

1. Больной 55 лет Жалуется на периодическую рвоту употребляемой едой с тухлым запахом. Болеет язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки 20 лет. Через брюшную стенку определяется Большой желудок, выраженный Симптом "плеска". Ваш Предварительный Диагноз?

- a. Нервная анорексия.
- b. Язвенная болезнь. Пилородуоденальный стеноз в стадии декомпенсации.

с. Киста поджелудочной железы с сдавливанием двенадцатиперстной кишки.

d. Высокая тонкокишечная непроходимость

е. Хронический панкреатит с дуоденальной непроходимостью.

2. Больной К. в 26 г. обратился за помощью Через 2 часа После возникновения "кинжальной боли "в Животе. Раньше ничем НЕ болел. При осмотре бледный, покрытый холодным потом. АД100/50 мм.рт.ст., пульс 104/мин. Живот втянут, напряжен, в дыхании участия НЕ Принимает. положительные Симптомы Спигарного, Щеткина-Блюмберга. Перистальтика ослаблена. Какое исследование следует выполнить Для постановки Диагноза?

a. Обзорная рентгенограмма брюшной полости

b. Рентгенограмма желудка с бария

с. Фиброгастродуоденоскопия

d. Ультрасонография брюшной полости

3. Больной обратился к врачу с жалобами на мгновенно возникшую Боль в эпигастральной области. Раньше лечился по поводу язвы желудка. пульс - 124/мин., АД-95/60 мм рт.ст. Язык сухой. Живот резко болезнен в эпигастральной области и правом подреберье. Определяются напряжение мышц Живота, Симптом Щеткина, свободный газ в брюшной полости. Ваш Диагноз?

a. Острый панкреатит.

b. Пенетрация язвы в поджелудочную железу

с. Тромбоз мезентериальных сосудов.

d. Перфорация язвы желудка.

4. Больной обратился с жалобами на частые рвет После употребления еды, похудел на 18 кг. Нерегулярно лечился по поводу язвенной болезни. При рентгенологическом исследовании установлено, что желудок увеличенный, нижний его контур находится на уровне линии Гребенки. Какое осложнение возникло у Больного?

a. Перфорация язвы.

b. Стеноз привратника.

с. Кишечная непроходимость

d. Пенетрация язвы в поджелудочную железу.

5. В Больного, 28 лет, после психоэмоциональной нагрузки возникли резкие боли в эпигастрии, а потом по всему животу. Язык сухой, обложенный белым налетом. Живот напряжен на всем протяжении, резко болезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Перкуторно - печеночная тупость отсутствует,. Какие обследования необходимо сделать больному в первую очередь?

а. Обще клинические исследования крови и мочи, обзорную рентгеноскопию органов брюшной полости

б. Обще клинические исследования крови и мочи.

с. Диагностический перитонеальный лаваж.

д. Обще клинические и биохимические обследования.

6. В санпропускник доставлен Больной 35 лет, в которого без причины появилась острая "Кинжальная" боль в эпигастрии. В анамнезе заболеваний желудочно - кишечного тракта не отмечает. Больной бледный, вынужденное состояние с приведенными ногами. При пальпации - выраженное напряжение передней брюшной стенки и резкая болезненность. Перкуторно печеночная тупость не определяется. Наиболее вероятный Диагноз?

а. Перфорация язвы желудка

б. Почечная колика

с. Кишечная непроходимость

д. Острый панкреатит

7. У Больного 20 лет внезапно возник боль в верхней половине живота. Боль интенсивный, постоянный, усиливается При дыхании и движениях. пульс 90/мин. АД-120/70 мм.рт.ст. При пальпации - болезненность в эпигастрии, определяется защитное напряжение мышц живота. При перкуссии живота печеночная тупость отсутствует. Какой диагноз можно установить на основе клиники?

а. грыжа белой линии живота.

б. Перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

с. Острый панкреатит.

д. Острый холецистит.

8. У Больного 28 лет внезапно 2 часа назад появилась сильная "кинжальная" боль в животе, какой быстро переместился в правой подвздошной области. Впоследствии появилась общая слабость, жажда, сухость во рту, рвота, задержка опорожнений и отхождения газов. Из анамнеза больной в течение длительного времени жаловался на периодическую боль в эпигастрии. При осмотре: больной лежит на правой стороне с поджатыми к животу ногами,. Кожные покровы холодным потом. Пульс 100/мин, Живот напряженный, из-за боли пальпации не доступный. Какое заболевание у больного следует подозревать?

а. Острый панкреатит

б. Острый холецистит

с. Острый аппендицит

д. Перфорация язвы

9. У Больной 53 лет, 4 часа назад возникла внезапная, сильная боль в эпигастрии, которая иррадирует в правое плечо. Объективно: кожные покровы бледные, покрытые липким потом, лежит неподвижно на спине. Дыхание поверхностное. ЧСС-56/мин. Язык сухой. Живот напряжен, доскообразный. На обзорной рентгенограмме свободный воздух под диафрагмой. Ваш Диагноз?

- a. Аппендикулярный инфильтрат
- b. Перфорация язвы желудка или ДПК
- c. Острая кишечная непроходимость
- d. Острый аппендицит

10. У мужчины 28 лет остро появилась боль в эпигастрии 2 часа назад. Лежит в положении на правой стороне с приведенными к животу ногами, пульс 62/мин. Живот доскоподобный напряжен, резко болезненный во всех отделах, Положительный Симптом Щеткина-Блюмберга. Ваш Диагноз?

- a. Острый аппендицит
- b. Перфорация язвы
- c. Острая кишечная непроходимость
- d. Острый холецистит
- e. Острый панкреатит

11. Больной 59 лет жалуется на постоянные боли в эпигастрии, отдающие в спину, плохой аппетит, слабость, похудение. Боли появились 3 месяца тому назад и вначале мало беспокоили, но постепенно нарастали, в течение последней недели бывает рвота, приносящая облегчение. Больной пониженного питания, бледен. Тurgор кожи понижен. Живот втянут, пальпация болезненна в эпигастрии, периферические лимфоузлы не увеличены. Рентгенологически - дефект наполнения в области задней стенки пилорического отдела желудка. При фиброэндоскопии глубокое изъязвление задней стенки желудка с возвышающимися бугристыми краями. Возможное осложнение

- a. Стеноз
- b. Малигнизация
- c. Пенетрация, прорастание в окружающие органы
- d. Прободение

12. Больная 62 лет жалуется на слабость, утомляемость, временами умеренные боли и чувство тяжести в подложечной области, рвоту после еды. Больна около 6 месяцев. Отмечена бледность кожных покровов, болезненность и уплотнение в эпигастральной области, реакция с бензидином резко положительна, гемоглобин 52 г/л, эр. - 2,5. При рентгеновском исследовании в пилорическом отделе желудка

определяется дефект наполнения 3×2 см, смещаемый при пальпации. Осложнение

- a. Язвенное кровотечение
- b. Стеноз
- c. Пенетрация, прорастание в окружающие органы
- d. Прободение

13. Больная 62 лет жалуется на слабость, утомляемость, временами умеренные боли и чувство тяжести в подложечной области, рвоту после еды. Больна около 6 месяцев. Отмечена бледность кожных покровов, болезненность и уплотнение в эпигастральной области, реакция с бензидином резко положительна, гемоглобин 52 г/л, эр. - 2,5. Какой метод исследования необходимо использовать для уточнения диагноза

- a. Лимфографию
- b. Коронарографию
- c. ЭФГДС
- d. Термометрию

14. У больного, страдающего язвенной болезнью, появилась внезапная сильная боль в эпигастрии и нечеткие симптомы перитонита. В течение последующих суток проявление этих симптомов уменьшилось, состояние больного улучшилось. При такой клинике можно предположить

- a. Предперфоративное состояние
- b. Типичную перфорацию язвы
- c. Прикрытое прободение
- d. Обострение язвенной болезни

15. Женщина 57 лет поступила в госпиталь по поводу массивного кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Год назад перенесла операцию ушивания перфоративной дуоденальной язвы. Кровотечение не удалось остановить и была предпринята срочная операция - гастрэктомия по Бильрот-II с ваготомией. Через 6 недель развилась рецидивирующая водная диарея. Физикальное исследование выявило только болезненность в эпигастрии. Кальций и калий в норме. Укажите более вероятные причины диареи:

- a. Удаление антрума
- b. Ваготомия
- c. Малабсорбция
- d. Гиперпаратироз

16. В приемный покой доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, больной много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты, и он

сильно похудел. При осмотре больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация, определяется шум плеска. Какой метод исследования для уточнения диагноза показан больному после стабилизации состояния?

- a. ЭКГ
- b. КТ
- c. МРТ
- d. Рентгенологическое исследование органов брюшной полости с пассажем бария

17. В приемный покой доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, больной много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты, и он сильно похудел. При осмотре больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация, определяется шум плеска. Какой диагноз может быть поставлен больному?

- a. Перфорация язвы
- b. Малигнизация язвы
- c. Пилоростеноз
- d. Пенетрация язвы

18. Больной, 48 лет, страдающий в течение многих лет язвенной болезнью желудка, отметил, что боли у него не стали зависеть от приема пищи, стали постоянными и менее интенсивными. Отметил слабость, недомогание, упадок сил. Похудел на 5 кг. РОЭ 40 мм/час. О каком осложнении язвенной болезни можно думать?

- a. Перфорация язвы желудка
- b. Малигнизация язвы
- c. Пилоростеноз
- d. Пенетрация язвы

19. Больной, 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, а в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром на несколько секунд потерял сознание. При осмотре пульс 100 уд. в 1 мин. Больной бледен. В эпигастральной области очень небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили?

- a. Перфорация язвы
- b. Малигнизация язвы
- c. Язвенное кровотечение
- d. Пенетрация язвы

20. Больной, 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, а в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром на несколько секунд потерял сознание. При осмотре пульс 100 уд. в 1 мин. Больной бледен. В эпигастральной области очень небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Куда Вы направите на лечение больного?

- a. Терапевтическое отделение
- b. Хирургическое отделение
- c. Отделение интенсивной терапии
- d. Ортопедия

21. Больной К. в 26 г. обратился за помощью через 2 часа после возникновения "кинжальной боли" в Животе. Раньше ничем НЕ болел. При осмотре бледный, покрытый холодным потом. АД 100/50 мм.рт.ст., пульс 104/мин. Живот втянут, напряжен, в дыхании участия не принимает. положительные Симптомы Спигарного, Щеткина-Блюмберга. Перистальтика ослаблена. Какое исследование следует выполнить в первую очередь для постановки диагноза?

- a. Обзорная рентгенограмма брюшной полости
- b. Рентгенограмма желудка с бария
- c. Фиброгастродуоденоскопия
- d. Компьютерная томография брюшной полости

22. Больной, 30 лет, поступил в хирургическое отделение через 2 часа от момента прободения язвы желудка. Диагноз сомнения не вызывает, однако больной категорически отказывается от операции. Ваша тактика.

- a. Амбулаторное лечение
- b. Насильно оперировать больного
- c. Применить методику Тейлора
- d. Перевести больного в терапевтическое отделение

23. У больного, страдающего язвенной болезнью, появилась внезапная сильная боль в эпигастрии и нечеткие симптомы перитонита. В течение последующих суток проявление этих симптомов уменьшилось, состояние больного улучшилось. Какой метод исследования позволит уточнить диагноз?

- a. Лапароцентез
- b. Ангиография
- c. Доплерография
- d. Реовазография

24. Пациент 48 лет, 16 лет болеет стенозом привратника, жалуется на слабость, массивное рвоту в течение недели, жажду, резкое похудение. Объективно: возбужденный, бледный, АД - 80/60 мм.рт.ст., ЧСС - 110-

120/мин. , аритмия, ЦВД - 0, Диурез менее 50 мл / ч, гематокрита - 48%, Na^{+} - 125 ммоль/л, K^{+} - 2,7 ммоль / л, рН - 7,6. Чем определяется тяжесть состояния Больного?

- a. Кардиогенным шоком
- b. Гиповолемическим шоком
- c. Метаболическим алкалозом
- d. Геморрагическим шоком

25. У Больного 28 лет внезапно 2 часа назад появилась сильная "кинжальная" боль в животе, Какой быстро переместился в правой подвздошной области. Впоследствии появилась общая слабость, жажда, сухость во рту, рвота, задержка опорожнений и отхождения газов .Из анамнеза Известно, что Больной В течение длительного времени жаловался на периодическую Боль в эпигастрии, печени. При осмотре: Больной лежит на правой стороне с поджатыми к Животу ногами, холодный пот покрывает Кожные покровы, пульс 100/мин, Живот напряженный, из-за боли пальпации не доступный. Какое заболевание у больного следует подозревать?

- a. Острый панкреатит
- b. Острый холецистит
- c. Острый аппендицит
- d. Перфорация язвы

26. В пациента 15 течение во время операции отмечен эпизод кровотечения. Кровопотеря оценена в 400 мл (10-12% ОЦК). Восполнена кристаллоидами и коллоидами. Шоковый индекс 0,9. Витальные показатели не нарушены, Диурез достаточный. В Анализах: Нв-130 г / л, Ht - 32%. Необходимали гемотрансфузия в данном случае

- a. Нет
- b. Да. Гемотрансфузия показана При потере 10% ОЦК.
- c. Нет. Гемотрансфузия не должна проводится ни При каких условиях.
- d. Нет. Гемотрансфузия показана При утрате более 25% ОЦК.

27. У Больного Р. 33 лет на язвенную болезнь 12-перстной кишки на фоне выраженного обострения заболевания внезапно возникла "кинжальная" боль в эпигастрии. Объективно определяются симптомы раздражения брюшины, исчезновения печеночной тупости; Рентгенологически - свободный воздух в брюшной полости. Какое осложнение болезни развилось у пациента?

- a. Инфаркт миокарда
- b. Пенетрация язвы
- c. Перфорация язвы
- d. Тромбоз мезентериальных сосудов

28. Больной обратился с жалобами на частые рвоты после употребления еды, похудел на 18 кг. Нерегулярно лечился по поводу язвенной болезни. При рентгенологическом исследовании установлено, что желудок увеличенный, нижний его контур находится на уровне линии гребенки. Какое осложнение возникло у больного?

- a. Перфорация язвы.
- b. Стеноз привратника
- c. Кишечная непроходимость
- d. Пенетрация язвы в поджелудочную железу.

29. Больной С., 54 лет доставленный в приемное отделение жалуется на слабость, многократную рвоту "кофейной гущей", черный стул. При осмотре: состояние тяжелое, кожа и слизистые оболочки бледные, пульс 120/мин, АД-90/60 мм. рт.ст. Какой из методов инструментальной диагностики следует использовать немедленно с целью установления правильного диагноза?

- a. Ректороманоскопия
- b. Фиброгастродуоденоскопия
- c. Обзорная Рентгенография органов брюшной полости
- d. Рентгеноскопия желудка

30. У Больного, 28 лет, после психоэмоциональной нагрузки возникли резкие боли в эпигастрии, а потом по всему животу. Язык сухой, обложенный белым налетом. Живот напряжен на всем протяжении, резко болезненный при пальпации. Пальпаторно - печеночная тупость отсутствует, симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Какие обследования необходимо сделать Больному в первую очередь?

- a. Общие клинические исследования крови и мочи, обзорную рентгенографию органов брюшной полости
- b. Общие клинические исследования крови и мочи.
- c. Диагностический перитонеальный лаваж.
- d. Биохимические исследования и УЗИ органов брюшной полости.

Практические навыки (тестовые вопросы к рисункам)

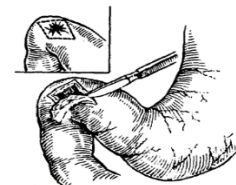
1. Какая патология изображена на данном рисунке?

- A. Малигнизация язвы
- B. Пенетрация язвы
- C. Перфорация язвы
- D. Кровотечение из язвы



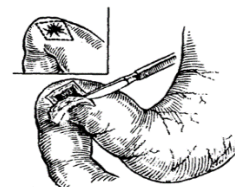
2. Что изображено на рисунке?

- A. Иссечение перфоративной язвы по Джааду
- B. Иссечение язвы по Микуличу
- C. Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу
- D. Пилоротомия по Финнейу



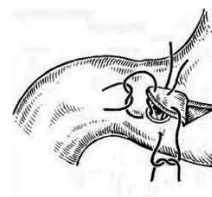
3. При какой патологии производится данная операция?

- A. При больших каллезных язвах
- B. При пенетрации язвы в печень
- C. При перфоративных язвах
- D. При малигнизации язвы



4. Какой метод ушивания перфоративной язвы изображена на рисунке?

- A. По Оппел-Поликарпову
- B. По Абрумянцу
- C. По Серебренникову-Снежкову
- D. По Микуличу



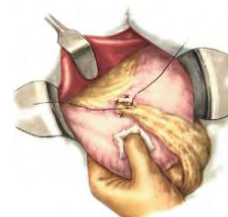
5. Какая методика ушивания перфоративной язвы изображена на рисунке

- A. По Микуличу
- B. По Абрумянцу
- C. По Серебренникову-Снежкову
- D. По Оппел-Поликарпову



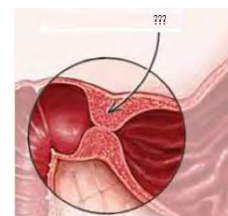
6. Какой орган использован для тампонады перфоративной язвы?

- A. Большой сальник
- B. Малый сальник
- C. Поджелудочная железа
- D. Серозно-мышечный лоскут



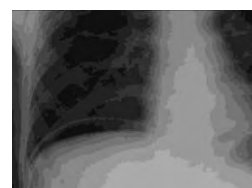
7. Какая патология изображена на данном рисунке?

- A. Пилоростаз
- B. Пилоростеноз
- C. Расширение пилорического канала
- D. Гастроэктазия



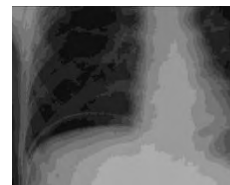
8. Какое патологическое изменение изображена в данной рентгенограмме?

- A. Чаши Клойбера
- B. Свободный газ в брюшной полости
- C. Увеличение желудка
- D. Релаксация диафрагмы



9. Для какого заболевания характерна данная рентгенограмма?

- А. Для перфорации язвы желудка
- В. Для пенетрации язвы в печень
- С. Для поддиафрагмального абсцесса
- Д. Экссудативный плеврит



10. Какая рентгенологическая стадия пилоростеноза изображена на рисунке?

- А. Компенсация
- В. Субкомпенсация
- С. Декомпенсация
- Д. Без патологии



11. Что изображена на этой картинке?

- А. пенетрация язвы на малой кривизне в печень
- В. малый сальник
- С. печеночно-желудочная связка
- Д. малигнизация язвы



12. Что изображена на этой картинке?

- А. Пенетрация дуоденальной язвы
- В. Большой сальник
- С. Печеночно-желудочная связка
- Д. Малигнизация язвы



13. Что изображена на этой картинке?

- А. Перфарация дуоденальной язвы
- В. Большой сальник
- С. Печеночно-желудочная связка
- Д. Малигнизация язвы



14. Что изображена на этой картинке?

- А. Пенетрация язвы
- В. Перфарация дуоденальной язвы
- С. Печеночно-желудочная связка
- Д. Малигнизация язвы



15. Что изображена на этой картинке?

- А. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- В. Перфарация дуоденальной язвы
- С. Печеночно-желудочная связка
- Д. Малигнизация язвы



16. Что изображена на этой картинке

- А. Ушивание язвы
- В. Мобилизация желудка
- С. Формирование гастроэнтероанастомоз
- Д. Операция Бильрот I



17. Что изображена на этой картинке

- А. Язвенная болезнь осл. пенетрация язвы
- В. Перфорация дуоденальной язвы
- С. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- Д. малигнизация язвы
- Е) язва антрального отдела



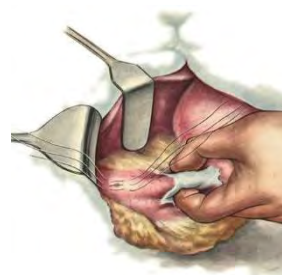
18. Что изображена на этой картинке

- А. Малигнизация язвы
- В. Перфорация дуоденальной язвы
- С. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- Д. Операция на желудке



19. Что изображена на этой картинке

- А. Операция на ДПК.
- В. Перфорация дуоденальной язвы
- С. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- Д. малигнизация язвы



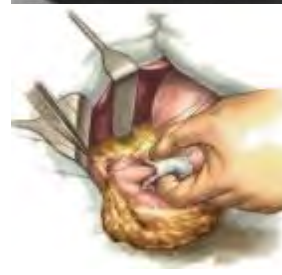
20. Что изображена на этой картинке

- А. Рентгенограмма луковицы ДПК : стрелками указаны две ниши, расположенные на луковицы
- В. Перфорация дуоденальной язвы
- С. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- Д. Малигнизация язвы



21. Что изображена на этой картинке?

- А. Язва антрального отдела
- В. Перфорация дуоденальной язвы
- С. препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- Д. малигнизация язвы



22. Что изображена на этой картинке?

- A. Лоскут при пенетрации язвы в печеночно-двенадцатиперстную связку
- B. Перфорация дуоденальной язвы
- C. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- D. Малигнизация язвы



23. Что изображена на этой картинке?

- A. Язва желудка
- B. Перфорация дуоденальной язвы
- C. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- D. Выделение кардиального отдела пищевода малигнизация язвы



24. Что изображена на этой картинке?

- A. Хирургическая манипуляция с помощью фиброгастроскопа
- B. Язва антрального отдела
- C. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- D. Малигнизация язвы



25. Что изображена на этой картинке?

- A. Пенетрация пептической язвы. Опухоли оперированного желудка
- B. Перфорация дуоденальной язвы
- C. Гастроскопия: препилорическая язва на задней стенке антрального отдела
- D. Малигнизация язвы



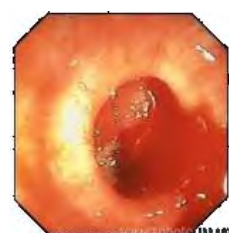
26. Какая патология изображено на данном рисунке?

- A. Пенетрация язвы на поджелудочную железу
- B. Пенетрация язвы на гепатодуоденальную связку
- C. Пенетрация язвы на поперечноободочную кишку
- D. Пенетрация в малый сальник



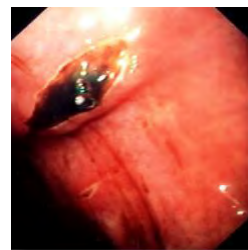
27. Какой тип кровотечения язвы по Форесту?

- A. F IB
- B. F IA
- C. F IIA
- D. F IIB



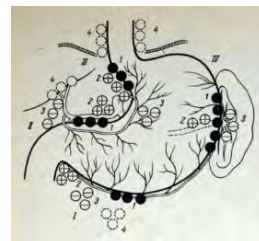
28. Что изображено на рисунке?

- A. Свежий тромб в основе язвы
- B. Видимый участок кровеносного сосуда в язве
- C. Язва без признаков свежего кровотечения
- D. Кровотечение из язвы с медленным выделением крови



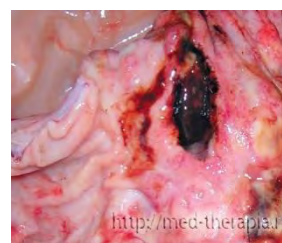
29. Какая система желудка представлено на рисунке?

- A. Иннервация желудка
- B. Венозная система
- C. Кровоснабжение желудка
- D. Лимфатическая система



30. Какое осложнение язвы желудка изображено на данном рисунке?

- A. Малигнизация язвы
- B. Кровотечение из язвы
- C. Пенетрация язвы
- D. Острая язва желудка



Ответы

Тестовые вопросы

1	A	6	A	11	A	16	C	21	B	26	A
2	B	7	A	12	A	17	C	22	A	27	A
3	A	8	D	13	C	18	A	23	A	28	C
4	A	9	E	14	B	19	D	24	B	29	A
5	A	10	E	15	A	20	A	25	C	30	D

Ситуационные задачи

1	B	6	A	11	A	16	D	21	A	26	A
2	A	7	B	12	A	17	C	22	C	27	C
3	D	8	D	13	D	18	B	23	A	28	B
4	B	9	B	14	C	19	C	24	B	29	B
5	A	10	B	15	B	20	C	25	D	30	A

Практические навыки (тестовые вопросы к рисункам)

1	D	6	A	11	A	16	C	21	B	26	A
2	A	7	B	12	A	17	A	22	A	27	B
3	C	8	B	13	A	18	D	23	D	28	A
4	A	9	A	14	A	19	A	24	A	29	D
5	D	10	C	15	A	20	A	25	D	30	A

Глава 5. Острая кишечная непроходимость

Тестовые вопросы

1. Назовите наиболее решающий метод исследования в постановке диагноза „острая кишечная непроходимость“:
А. Исследование пассажа бария по кишечнику;
В. Обзорная рентгенография брюшной полости;
С. Фиброгастродуоденоскопия;
D. Лапароскопия.
2. При каком виде кишечной непроходимости одним из симптомов будет выделение крови из прямой кишки:
А. Паралитической;
В. Инвагинации;
С. Спастической;
D. Завороте тонкой кишки.
3. При каком виде кишечной непроходимости одним из симптомов является опорожнение после очистительной клизмы в виде „мясных помоев“:
А. Паралитической;
В. Спастической;
С. Инфаркте кишечника;
D. Завороте тонкой кишки.
4. Консервативное лечение кишечной непроходимости показано во всех случаях, кроме:
А. Завороте;
В. Спастической непроходимости;
С. Паралитической непроходимости;
D. Копростазе.
5. Какую операцию более рационально провести больному с раком слепой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью в ранние сроки заболевания:
А. Наложение илеостомы;
В. Наложение цекостомы;
С. Операцию Гартмана;
D. Правостороннюю гемиколэктомию с илеотрансверзоанастомозом.
6. При острой кишечной непроходимости возможны следующие виды операций, кроме:
А. Гастростомии;
В. Правосторонней гемиколэктомии;
С. Резекции кишки;
D. Колостомии.

7. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:
- A. Задержки стула;
 - B. Быстрого обезвоживания;
 - C. Появления чаш Клойбера;
 - D. Постепенного нарастания симптомов.
8. Причиной развития паралитической кишечной непроходимости может быть все перечисленное, кроме:
- A. Свинцовое отравление;
 - B. Перитонит;
 - C. Острый панкреатит;
 - D. Забрюшинная гематома.
9. Дегидратация организма при острой кишечной непроходимости наиболее быстро развивается при:
- A. Опухоли прямой кишки с явлениями непроходимости;
 - B. Завороте сигмовидной кишки;
 - C. Завороте тонкой кишки;
 - D. Обтурационной толстокишечной непроходимости.
10. Появление „шума плеска“ при острой кишечной непроходимости объясняется:
- A. Накоплением жидкости и газов в отводящей петле кишки;
 - B. Наличием потоотделения в брюшной полости;
 - C. Наличием свободного газа в брюшной полости;
 - D. Накоплением жидкости и газов в приводящей петле кишки.
11. Для паралитической кишечной непроходимости характерна:
- A. Асимметрия живота;
 - B. Задержка стула и газов и резкое равномерное вздутие живота;
 - C. Выраженные схваткообразные боли в брюшной полости;
 - D. Симптом Цеге-Майтенфеля.
12. К лечебным мероприятиям при обтурационной кишечной непроходимости относится все ниже перечисленное, кроме:
- A. Введение препаратов, которые усиливают моторику кишечника;
 - B. Введение спазмолитиков;
 - C. Проведение сифонной клизмы;
 - D. Постановки назогастрального зонда для декомпрессии желудка.
13. При определении жизнеспособности strangulированной кишки необходимо ориентироваться на следующие признаки, кроме:
- A. Наличие странгуляционной борозды;
 - B. Цвет кишки;
 - C. Наличие перистальтики;
 - D. Пульсация сосудов брыжи;

14. У больного 82 лет с острой кишечной непроходимостью на почве опухоли сигмовидной кишки, которая поступила в поздние сроки, наиболее рациональной будет следующая тактика лечения:

- A. Обследование и выполнение операции через 48-72 часа;
- B. Подготовка к операции в течение 2-3 часов с последующим выполнением операции Гартмана;
- C. Исключительно консервативная терапия;
- D. Инфузионная терапия и повторные сифонные клизмы.

15. Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости является:

- A. Желчные камни;
- B. Инородные тела;
- C. Спайки брюшной полости;
- D. Опухоли.

16. Для высокой тонкокишечной непроходимости не характерно:

- A. Схваткообразные боли в животе;
- B. „Шум плеска” (симптом Склярера);
- C. Многократная рвота;
- D. Симптом Цеге-Майтенфельда.

17. Для кишечной непроходимости на почве тонко-толстокишечной инвагинации характерны:

- A. Кровавые выделения из прямой кишки;
- B. Схваткообразные боли в животе;
- C. Опухолевидное образование в правом подвздошном участке при пальпации;
- D. „Овечий” кал.

18. К диагностическим мероприятиям, которые проводятся в первую очередь при подозрении на острую кишечную непроходимость, относятся все, кроме:

- A. Постановки назогастрального зонда для декомпрессии желудка;
- B. Аускультация живота;
- C. Обзорная рентгенография брюшной полости;
- D. Ангиография брюшной полости.

19. Толстокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается:

- A. Инородными телами;
- B. Спайками брюшной полости;
- C. Злокачественными опухолями кишечника;
- D. Желчными камнями.

20. При обследовании больного с острой кишечной непроходимостью установлено: симптомы Цеге-Майтенфеля и обуховской больницы позитивны. Для какого вида непроходимости это характерно:

- A. Заворота сигмоовидной кишки;
- B. Илеоцекальной инвагинации;
- C. Обтурации опухолью восходящей кишки;
- D. Заворота тонкой кишки.

21. Какое осложнение по вашему мнению создает наибольшие трудности при выборе операции:

- A. Кровотечение;
- B. Обструкция кишки;
- C. Перфорация и перитонит;
- D. Отдаленные метастазы.

22. Кал в виде „малинового желе” характерен для:

- A. Инвагинации;
- B. Хронического энтероколита;
- C. Дивертикула Меккеля;
- D. Хронического аппендицита.

23. Что из перечисленного неверно в отношении высокой тонкокишечной непроходимости:

- A. Наличие чаш Клойбера в верхней половине живота;
- B. Рвотная рвота;
- C. Раннее равномерное вздутие живота;
- D. Схваткообразные боли.

24. Какие причины динамической кишечной непроходимости:

- A. Свинцовая колика;
- B. Все ответы верны;
- C. Панкреонекроз;
- D. Перитонит.

25. Какой из перечисленных видов кишечной непроходимости имеет первичный сосудистый генез:

- A. Мезентериальная непроходимость;
- B. Артериомезентериальная непроходимость;
- C. Спаечная;
- D. Странгуляционная.

26. Причиной обтурационной кишечной непроходимости может быть все, кроме:

- A. Инвагинации;
- B. Воспалительных соединений;
- C. Желчного камня;
- D. Перекрута брыжейки кишки.

27. Какой ответ является наиболее приемлемым? Диагноз острой кишечной непроходимости устанавливается на почве:

- A. Характера боли и данных рентгенологических исследований;
- B. Анамнеза и лабораторных данных;
- C. Анамнеза, клинического исследования и лабораторных данных;
- D. Клинического протекания заболевания.

28. Для начальной стадии острой странгуляционной кишечной непроходимости наиболее частым первым симптомом является:

- A. Появление рисунка кишечных петель на брюшной стенке (видимая на глаз перистальтика);
- B. Усиление перистальтики;
- C. Задержка стула и газов;
- D. Первичная рефлекторная рвота и болевой шок.

29. Что не характерно для острой высокой кишечной непроходимости:

- A. Быстрое снижение ОЦК;
- B. Вздутие живота в первые часы заболевания;
- C. Частая непрерывная рвота;
- D. Быстрое обезвоживание.

30. Острая обструкция дуодено-еюнального перехода характеризуется:

- A. Рвотой желчью;
- B. Явлениями паралитической кишечной непроходимости;
- C. Равномерным вздутием живота;
- D. Задержкой стула и газов.

Ситуационные задачи

1. Больной 72 лет, с острой кишечной непроходимостью на почве опухоли сигмовидной кишки, которая поступила в поздние сроки, наиболее приемлемой будет следующая тактика:

- A. Подготовка к операции в течение 2-3 часов со следующим выполнением операции Гартмана;
- B. Обследование и выполнение операции через 48-72 часа;
- C. Строго консервативная терапия;
- D. Инфузионная терапия и повторные сифоновые клизмы.

2. У больного 42 лет после значительной физической нагрузки возникли спастические боли по всему животу, тошнота, двукратная рвота, вздутие живота, неотхождение газов. Для какого заболевания характерна такая клиническая картина:

- A. Острый панкреатит;
- B. Прорывная язва желудка;
- C. Острая кишечная непроходимость;
- D. Острый аппендицит.

3. У больного 75 лет около двух суток тому назад возник заворот сигмовидной кишки. На операции обнаружен ее некроз, резкое вздутие ободочной кишки. Оптимальным вариантом оперативного вмешательства в этой ситуации является:

- А. Резекция сигмовидной кишки с анастомозом „конец в конец“;
- В. Резекция сигмовидной кишки с наложением однодульной колостомы ;
- С. Резекция сигмовидной кишки с анастомозом бок в бок;
- Д. Двудульная сигмостомия.

4. У больного с раком слепой кишки возникла острая кишечная непроходимость. При ургентной операции обнаружено, что регионарные лимфоузлы не увеличены, отдаленных метастазов опухоли нет. Этому больному следует выполнить:

- А. Цекостомию;
- В. Резекцию слепой и восходящей кишки;
- С. Правостороннюю гемиколэктомию;
- Д. Операцию типа Гартмана.

5. Больной 72 лет с жалобами на резкую схваткообразную боль в левой половине живота, тошноту, задержку стула и газов. Болеет 6 часов. Операций не было. В течение последних 20 лет запоры. Слизь и крови в стуле не было, не похудел. Пульс 84 за 1 мин. Язык умеренно влажен. Живот резко сдут с асимметрией за счет увеличения левой половины. Перистальтические шумы периодически усиливаются. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости чаши Клойбера в левой половине живота с раздутой петлей толстой кишки над ними. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Болезнь Крона;
- В. Обтурационная толстокишечная непроходимость;
- С. Тромбоз мезентериальных сосудов;
- Д. Неспецифический язвенный колит.

6. В отделение хирургии обратился больной К., 40 лет, с жалобами на схваткообразную боль в животе, которая возникла внезапно 3 часа назад, многократную рвоту. Около 6 часов назад съел больше килограмма грецких орехов. При осмотре: живот симметрично вздут, аускультативно - усиление перистальтических шумов. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множественные горизонтальные уровни жидкости с наличием газа над ними (ширина горизонтальных уровней жидкости больше, нежели высота столбов газа). Ваш предварительный диагноз?

- А. Острая обтурационная тонкокишечная непроходимость;
- В. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость;
- С. Острая паралитическая тонкокишечная непроходимость;
- Д. Острая паралитическая толстокишечная непроходимость.

7. В хирургическое отделение госпитализирована пациентка 25 лет в ургентном порядке с симптомами острой кишечной непроходимости. В анамнезе у пациентки была операция по поводу апоплексии яичника справа. Последние 1,5 года после операции больной постоянно беспокоили вздутие живота и боли. Назовите этиологический фактор, приведший к возникновению кишечной непроходимости у больной.

- A. Аппендикулярный инфильтрат;
- B. Дивертикул подвздошной кишки;
- C. Долихосигма;
- D. Спайки в брюшной полости.

8. Больной 32 года, оперирован по поводу перфоративной язвы жалуется на интенсивную схваткообразную боль в животе. Объективно: кожные покровы бледные. PS - 98 за 1 мин. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот асимметричный, напряженный и болезненный в эпигастрии и правой половине. Положительный симптом Валя. Перкуторно тимпанит, печеночная тупость сохранена. На обзорной рентгенограмме: чаши Клойбера, пневматизация кишечника. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Спаечная кишечная непроходимость;
- B. Перфоративная язва ДПК;
- C. Острый деструктивный холецистит;
- D. Острый деструктивный аппендицит.

9. У больного диагностирована 3-я фаза острой кишечной непроходимости с явлениями полиорганной недостаточности и дефицитом ОЦК до 25%. Где происходит скопление жидкости в первую очередь?

- A. В брюшной полости;
- B. В плевральной полости;
- C. В просвете кишечника;
- D. В тканях организма.

10. Мужчина 40 лет обратился в приемное отделение с жалобами на острую боль в животе спастического характера, тошноту, рвоту кишечным содержимым, вздутие живота, задержку отхождения газов. Болеет 4 часа. Пульс 110 уд/мин. Язык сухой, обложен. Живот вздут асимметрично - увеличенная верхняя половина, пальпаторно мягкий, болезненный. Аускультивно определяются активные перистальтические шумы с металлическим оттенком, шум плеска, бульканье. Какой диагноз?

- A. Острый некротический панкреатит;
- B. Острый деструктивный холецистит;
- C. Острый эрозивный гастрит;
- D. Острая кишечная непроходимость.

11. Больная 25 лет обратилась с жалобами на схваткообразную боль в животе, тошноту, рвоту. Заболела внезапно 3 часа назад. Пульс 108 уд/мин. Живот асимметрично вздут - правая подвздошная область запала. Пальпаторно определяется в правой подвздошной области плотное цилиндрическое образование умеренно болезненное. Ректально определяется содержание красного оттенка, напоминающее "малиновое желе". Диагноз?

- A. Острый некротический панкреатит;
- B. Дуоденальное язвенное кровотечение;
- C. Острая кишечная непроходимость;
- D. Полип прямой кишки.

12. В хирургическое отделение доставлен больной 45 лет с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, его асимметрию, которые возникли внезапно после значительного приема пищи. Одноразовый жидкий стул. Газы не отходят. При пальпации живот мягкий, без признаков раздражения брюшины. В брюшной полости слева в гипогастрии пальпируется подвижное, болезненное опухолевидное образование, эластичной консистенции. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Обстипационный синдром;
- B. Заворот сигмовидной кишки;
- C. Острый панкреатит;
- D. Опухоль желудка.

13. Больная М., 25 лет, госпитализирована с жалобами на тошноту, рвоту, схваткообразные боли в правой половине живота. В анамнезе аппендэктомия. Пульс 96 в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот раздут, асимметричный за счет выпячивания в правой половине, где определяется симптом кишечного плеска. Перистальтика кишечника усилена. Симптомы раздражения брюшины не выявляются. Ректально: тонус сфинктера снижен, ампула расширена. Определите предварительный диагноз?

- A. Острая обтурационная непроходимость;
- B. Острый панкреатит;
- C. Острая спаечная кишечная непроходимость;
- D. Острый аднексит.

14. Больной П., 50 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, рвоту, задержку стула и газов. Состояние больного тяжелое. Пульс - 105 за 1 мин. Язык сухой. Живот вздут, асимметричный. Перкуторно - тимпанит, видимая на глаз перистальтика отдельными волнами. Положительный симптом Валя. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. Какой ваш диагноз?

- A. Острый панкреатит;
- B. Мезентериальный тромбоз;
- C. Острый холецистит;
- D. Кишечная непроходимость.

15. Женщина 50 лет, в анамнезе прооперирована по поводу фибромиомы матки (проведена экстирпация), обратилась в приемное отделение с жалобами на боль в животе, рвоту. На рентгенографии живота выявлены признаки тонкокишечной непроходимости. Наиболее вероятная причина?

- A. Ущемленная паховая грыжа;
- B. Спаечная болезнь;
- C. Карцинома толстой кишки;
- D. Рак тонкой кишки.

16. Больной С., 30 лет жалуется на схваткообразную боль в животе, тошноту, рвоту, отсутствие отхождения газов и кала. Болеет 4 часа. Год назад больному была выполнена резекция желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Состояние больного тяжелое. Пульс -100/мин. Язык сухой. Живот вздут, асимметричный, мягкий. Перкуторно - тимпанит. Аскультативно - кишечные шумы не прослушиваются. На рентгенограмме органов брюшной полости - чаши Клойбера. Определите предварительный диагноз?

- A. Острая спаечная кишечная непроходимость;
- B. Ущемленная послеоперационная грыжа;
- C. Злокачественная опухоль тонкой кишки;
- D. Аппендикулярный инфильтрат.

17. Больная 18 лет госпитализированы в больницу urgently с симптомами острой кишечной непроходимости. Из анамнеза известно, что 1 год назад она прооперирована по поводу острого деструктивного аппендицита. За последнее время больную неоднократно беспокоили вздутие живота и боли. Укажите, какой из перечисленных ниже этиологических факторов привел к кишечной непроходимости у больного?

- A. Долихосигма;
- B. Спайки в брюшной полости;
- C. Дивертикул подвздошной кишки;
- D. Нарушение режима питания.

18. В больницу госпитализирован больной с диагнозом кишечная непроходимость. В анамнезе похудение (10 кг за 3 месяца), слабость, периодически кровь в кале. О какой причине непроходимости следует подумать хирургу?

- A. Спаечная болезнь брюшины;

В. Опухоль кишки;

С. Глистная инвазия;

Д. Неспецифический язвенный колит.

19. Больной 43 лет, оперированный по поводу острого холецистита, обратился к врачу поликлиники с жалобами на схваткообразную интенсивную боль в брюшной полости, многократную рвоту и отсутствие стула в течение суток. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, мягкий умеренно болезненный. Симптом Склярова положительный, симптом Щеткина - Блюмберга слабо положительный. Какой наиболее вероятный диагноз?

А. Острая спаечная кишечная непроходимость;

В. Перфорация злокачественной опухоли желудка;

С. Мезентериальный тромбоз;

Д. Острый панкреатит.

20. После обращения больного в стационар и проведения клинических и дополнительных исследований. Вы диагностировали кишечную непроходимость, а во время лапаротомии обнаружили, что причиной ее стал заворот тонкой кишки. Операция выполняется через 3 часа от начала заболевания. Кишка при осмотре в области ущемленного сегмента темного цвета, перистальтика отсутствует. Укажите наиболее адекватную хирургическую тактику?

А. Выполнить разворот кишки, резекцию пораженного участка и наложение анастомоза;

В. Выполнить разворот кишки с интестинопексией;

С. Выполнить разворот кишки с энтеростомией;

Д. Выполнить разворот кишки с интестинопликацией.

21. У больного В., которому выполнили оперативное вмешательство по поводу разлитого перитонита аппендикулярного генеза, появилось вздутие живота, задержка стула и газов. Перкуторно - тимпанит по всему животу, аускультативно - перистальтика отсутствует, болезненности не определяется. Укажите причину данного состояния.

А. Стангуляционная кишечная непроходимость;

В. Абсцесс брюшной полости;

С. Паралитическая кишечная непроходимость;

Д. Пилефлебит.

22. В клинику самостоятельно обратился больной 72 лет, с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, задержку стула и газов. Была однократная рвота. Заболевание началось остро 5 часов назад. Из анамнеза последний год страдает от запоров. Объективно: кожные покровы бледные, пульс - 116/мин., слабого наполнения, АД - 110/80 мм рт. ст. Тоны сердца слабые. Язык сухой. Живот ассиметричный.

Выраженное вздутие в левой подвздошной области. Позитивные симптомы Склярова, Кивуля, "шум падающей капли". Ампула прямой кишки пуста, расширена, тонус сфинктера снижен. На обзорной рентгенограмме - высокие чаши Клойбера. Во время клизмы жидкость вытекает обратно, усиливая боль. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость;
- B. Острая обтурационная тонкокишечная непроходимость;
- C. Спастическая острая толстокишечная непроходимость;
- D. Паралитическая острая кишечная непроходимость.

23. Больной М, 66 лет, доставлен из районной больницы в 10 часов с жалобами на сильные боли в животе, тошноту, задержку стула и газов. Заболевание началось остро, в 4 часа утра, сильными схваткообразными болями в животе. Через час от начала заболевания был доставлен в районную больницу, а через 5 часов переведен в хирургическое отделение больницы. После соответствующей подготовки больного решено оперировать по поводу острой кишечной непроходимости. Выполнив лапаротомию, обнаружено узлообразование. Петли кишечника образуют узел, темно-бурого цвета, перистальтика и пульсация сосудов отсутствует. С каким видом острой кишечной непроходимости вы имеете дело?

- A. Обтурационная;
- B. Странгуляционная;
- C. Спастическая;
- D. Смешанная.

24. Больному А., 79 лет, который поступил через сутки после начала заболевания, диагностировано острую кишечную непроходимость и сопутствующую сердечную патологию. Пульс 103/мин АД - 95/60 мм. рт. ст. После стабилизации гемодинамики взят на операцию. При ревизии выявлен заворот сигмовидной кишки. После разворота серозная оболочка кишки темная, пульсация сосудов кишки не определяется, перистальтика отсутствует. Какую наиболее оптимальную операцию следует сделать в данном случае?

- A. Резекция сигмовидной кишки с первичным анастомозом;
- B. Трансанальная интубация толстой кишки;
- C. Резекция сигмовидной кишки с выведением колостомы;
- D. Дренирование брюшной полости.

25. Больной Б., 68 лет, доставлен в университетскую больницу через 2 суток от начала заболевания с симптомами острой кишечной непроходимости. На обзорной рентгенограмме - высокие чаши Клойбера. При попытке поставить клизму жидкость вводится, вытекает обратно, усиливается боль. Укажите уровень кишечной непроходимости.

- А.Высокая тонкокишечная непроходимость;
- В.Низкая тонкокишечная непроходимость;
- С.Непроходимость начальных отделов толстой кишки;
- Д.Низкая толстокишечная непроходимость.

26. У больного 74 лет, имеются жалобы на резкую схваткообразную боль в левой половине живота, тошноту, задержку стула и газов. Болеет 8 часов. Операций в анамнезе не было. В течение последних 20 лет беспокоят запоры. Примесей слизи и крови в кале не было, не похудел. Пульс - 82/мин. Язык умеренно влажный. Живот резко вздутый, асимметричный за счет увеличения левой половины. Определяется шум кишечного плеска. Перистальтические шумы периодически усиливаются. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости чаши Клойбера в левой половине живота с раздутой петлей толстой кишки над ними. Ректально - симптом Обуховской больницы. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А.Обтурационная кишечная непроходимость (опухолевого генеза);
- В.Заворот сигмовидной кишки;
- С.Спаечная непроходимость кишечника;
- Д.Тромбоз мезентериальных сосудов.

27. При обзорной рентгенографии брюшной полости у больного определяется несколько участков просветления полусферической формы, расположенных над четкими горизонтальными уровнями. Чем обусловлена такая рентгенологическая картина?

- А.Перфоративная язва;
- В.Кишечная непроходимость;
- С.Метеоризм;
- Д.Рак толстого кишечника.

28. Больной жалуется на схваткообразную боль в верхней половине живота, тошноту, рвоту. Язык влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется растянутая петля кишки, которая перистальтирует при пальпировании. При перкуссии - тимпанический звук с металлическим оттенком. На рентгенограмме живота - чаши Клойбера. Какой предварительный диагноз?

- А.Острый панкреатит;
- В.Пищевая токсикоинфекция;
- С.Острая кишечная непроходимость;
- Д.Острый холецистит.

29. Больной 55 лет обратился с жалобами на резкую схваткообразную боль в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Болеет 6 часов. В прошлом - оперирован по поводу травматического повреждения селезенки. Объективно: пульс 84/мин. Язык умеренно влажный. Живот

вздут с асимметрией за счет увеличения левой половины. Определяется "шум плеска". Перистальтические шумы периодически усиливаются. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости - чаши Клойбера. Ваш диагноз?

- A. Острая спаечная кишечная непроходимость;
- B. Обтурационная кишечная непроходимость (опухолевого генеза);
- C. Тромбоз мезентериальных сосудов;
- D. Неспецифический язвенный колит.

30. У больного 18 лет появились схваткообразная боль в животе, рвота, задержка стула и газов. На рентгенографии органов брюшной полости обнаружено "чаши Клойбера. О каком остром заболевании органов брюшной полости может идти речь?

- A. Метеоризм;
- B. О плохой подготовке больного к обследованию;
- C. Энтероколит;
- D. Кишечная непроходимость.

Практические навыки

1. Какая патология изображена на рисунке?

- A. Спаечная кишечная непроходимость;
- B. Паралитическая кишечная непроходимость;
- C. Инвагинация;
- D. Заворот.

2. Какая патология изображена на рисунке?

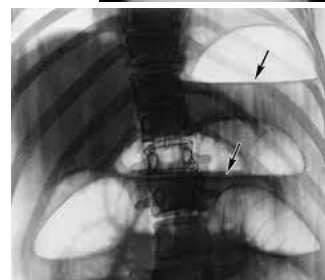
- A. Спаечная кишечная непроходимость;
- B. Паралитическая кишечная непроходимость;
- C. Инвагинация;
- D. Заворот.

3. Поставьте наиболее вероятный диагноз:

- A. Пневматоз кишечника;
- B. Диафрагмальная грыжа;
- C. Кишечная непроходимость;
- D. Рак толстого кишечника.

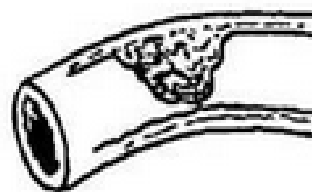
4. Какой рентгенологический симптом изображен на рисунке?

- A. Симптом ниши;
- B. Чаши Клойбера;
- C. Симптом пневматизации кишечника;
- D. Горизонтальный уровень жидкости.



5. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Обтурация опухолью;
- B. Обтурация желчным камнем;
- C. Обтурация клубком глистов;
- D. Обтурация воспалительным инфильтратом.



6. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Обтурация опухолью;
- B. Обтурация желчным камнем;
- C. Обтурация клубком глистов;
- D. Обтурация воспалительным инфильтратом.



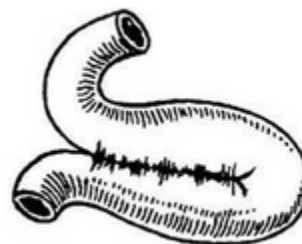
7. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Обтурация опухолью;
- B. Обтурация желчным камнем;
- C. Обтурация клубком глистов;
- D. Обтурация воспалительным инфильтратом.



8. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Перегиб кишки спайками;
- B. Удавка брыжейки кишки;
- C. Кишечный узел;
- D. Обтурация воспалительным инфильтратом.



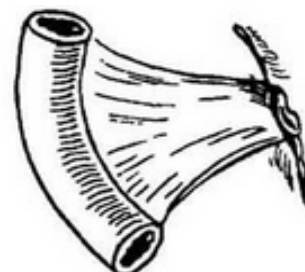
9. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Обтурация опухолью;
- B. Обтурация желчным камнем;
- C. Обтурация клубком глистов;
- D. Обтурация воспалительным инфильтратом.



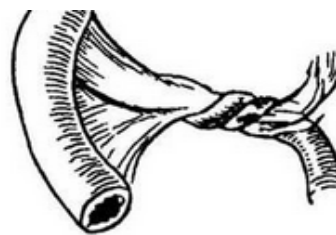
10. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Перегиб кишки спайками;
- B. Удавка брыжейки кишки;
- C. Кишечный узел;
- D. Кишечный узел.



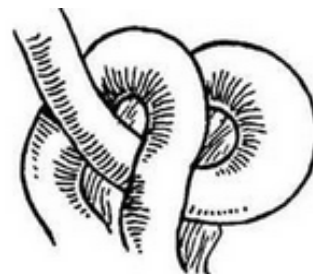
11. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Перегиб кишки в виде двустволки;
- D. Инвагинация.



12. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Перегиб кишки в виде двустволки;
- D. Инвагинация.



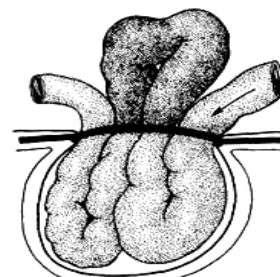
13. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Перегиб кишки в виде двустволки;
- D. Инвагинация.



14. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Перегиб кишки в виде двустволки;
- D. Ущемление грыжи.



15. Патогенез какой патологии изображен на рисунке?

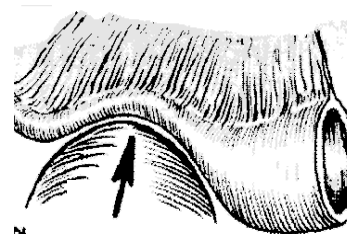
- A. Пневматоз кишечника;
- B. Диафрагмальная грыжа;
- C. Кишечная непроходимость;
- D. Рак толстого кишечника.

Патогенез

- Препятствие прохождению содержимого
 - Усиление перистальтики – боли
 - Отсутствие стула и газов
- Вздутие вышележащих отделов
- «Обратная» перистальтика – тошнота – обильная рвота застойным содержимым
- Проникновение бактерий через истонченную кишечную стенку в брюшную полость – перитонит
- Всасывание продуктов распада из кишечника в кровь – интоксикация
- Растяжение петель кишечника – разрыв кишки
- При странгуляции – некроз кишки

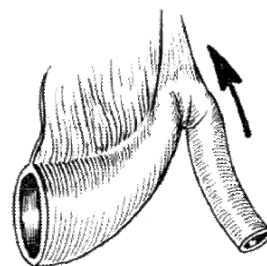
16. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Стеноз;
- D. Ангуляция.



17. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Стеноз;
- D. Ангуляция.



18. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Стеноз;
- D. Странгуляция.



19. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Скручивание;
- D. Заворот.



20. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Кишечный узел;
- B. Заворот кишки;
- C. Скручивание;
- D. Странгуляция.



21. Назовите причину кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Инвагинация;
- B. Заворот кишки;
- C. Скручивание;
- D. Странгуляция.



22. Назовите патологию, явившуюся причиной кишечной непроходимости, изображенной на рисунке:

- A. Мезентериальный тромбоз;
- B. Некротизирующий колит;
- C. Гангрена кишечника;
- D. Паралич кишечника.



23. Назовите вид кишечной непроходимости, схематично изображенный на рисунке:

- А. Паралитическая;
- В. Обтурационная;
- С. Спастическая;
- Д. Странгуляционная.

24. Какая патология изображена на рисунке?

- А. Узлообразование;
- В. Заворот кишки;
- С. Стеноз;
- Д. Странгуляция.

25. Какая патология изображена на рисунке?

- А. Инвагинация;
- В. Заворот кишки;
- С. Скручивание;
- Д. Странгуляция.

26. У больного с клиникой кишечной непроходимости обнаружена следующая ирригोगрафическая картина. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Инвагинация;
- В. Заворот;
- С. Рак толстого кишечника;
- Д. Стеноз.

27. Поставьте диагноз по КТ:

- А. Странгуляционная кишечная непроходимость;
- В. Обтурационная кишечная непроходимость;
- С. Паралитическая кишечная непроходимость;
- Д. Спаечная кишечная непроходимость.

28. Какой симптом обнаружен на КТ?

- А. Симптом ниши;
- В. Чаша Клойбера;
- С. Симптом пневматизации кишечника;
- Д. Горизонтальный уровень жидкости.



29. При ректороманоскопии больного с клиникой кишечной непроходимости обнаружена следующая картина. Поставьте наиболее вероятный диагноз:

- А. Спастический колит;
- В. Рак толстой кишки;
- С. Воспалительный инфильтрат;
- Д. Гангрена кишечника.



30. Каким образом устранена кишечная непроходимость на данном рисунке?

- А. Стентирование;
- В. Протезирование;
- С. Выведение стомы;
- Д. Аллотрансплантация.



Ответы

Тестовые вопросы

1	A	6	A	11	B	16	D	21	C	26	D
2	B	7	B	12	A	17	A	22	A	27	A
3	C	8	A	13	A	18	D	23	C	28	D
4	A	9	C	14	B	19	C	24	B	29	B
5	D	10	D	15	C	20	A	25	A	30	A

Ситуационные задачи

1	A	6	A	11	C	16	A	21	C	26	B
2	C	7	D	12	B	17	B	22	A	27	B
3	B	8	A	13	C	18	B	23	B	28	C
4	C	9	C	14	D	19	A	24	C	29	A
5	B	10	D	15	B	20	A	25	D	30	D

Практические навыки

1	A	6	C	11	B	16	C	21	A	26	C
2	D	7	B	12	A	17	D	22	A	27	B
3	C	8	A	13	D	18	D	23	C	28	C
4	B	9	D	14	D	19	C	24	A	29	B
5	A	10	B	15	C	20	B	25	A	30	A

Глава 6. Острый перитонит

Тестовые вопросы

1. Какой симптом наиболее характерен для диагноза «перитонит»?
 - А. повышения температуры;
 - В. раздражения брюшины;
 - С. тахикардия;
 - Д. лейкоцитоз;
 - Е. напряжение мышц брюшной стенки.
2. Как устанавливается диагноз общего перитонита до операции?
 - А. рентгенологически;
 - В. анамнестически;
 - С. по клиническим признакам;
 - Д. лабораторным определением признаков воспалительной реакции;
 - Е. по уровню секреции желудочного сока.
3. Для поздней стадии перитонита характерно все, кроме:
 - А. усиленной перистальтики;
 - В. вздутие живота;
 - С. гиповолемии;
 - Д. исчезновение кишечных шумов;
 - Е. гипопроотеинемии.
4. Разлитой гнойный перитонит может быть следствием всех перечисленных заболеваний, кроме:
 - А. перфорации дивертикула Меккеля;
 - В. деструктивного аппендицита;
 - С. стеноза большого дуоденального соска;
 - Д. Рихтеровского ущемления грыжи;
 - Е. острой кишечной непроходимости.
5. Фибринозных наложений на брюшине не бывает при перитоните:
 - А. серозном;
 - В. фибринозном;
 - С. гнойном;
 - Д. гнилостном;
 - Е. каловом.
6. Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости наблюдается всегда, кроме:
 - А. нарушения внематочной беременности;
 - В. мезентериального тромбоза;
 - С. острого панкреатита;
 - Д. туберкулезного перитонита;
 - Е. перекрученной кисты яичника.

7. Срединную лапаротомию необходимо проводить при:
- А. местном неограниченном перитоните;
 - В. абсцессе дугласового пространства;
 - С. аппендикулярном инфильтрате;
 - Д. остром аппендиците;
 - Е. разлитом перитоните.
8. Лучшим способом рассечения поддиафрагмального абсцесса является:
- А. тораколапаротомия;
 - В. люмботомия;
 - С. внеплевральный внебрюшинный способ;
 - Д. двухмоментный чрезплевральный доступ;
 - Е. лапаротомия по федорову.
9. Лучшим вариантом лечения поддиафрагмального абсцесса является:
- А. пункция гнойника толстой иглой под контролем УЗИ;
 - В. консервативное лечение;
 - С. внебрюшинное рассечение и дренирование;
 - Д. лапаротомия, рассечение и тампонирование полости;
 - Е. все перечисленное верно.
10. Распространенный гнойный перитонит является следствием всех вышеперечисленных заболеваний, кроме:
- А. флегмонозного холецистита;
 - В. перфоративной язвы 12п. кишки;
 - С. водянки желчного пузыря;
 - Д. деструктивного панкреатита;
 - Е. заворота сигмовидной кишки.
11. Укажите обязательные мероприятия, которые проводятся во время операции по поводу распространенного фибринозно-гнойного перитонита:
- А. устранение или отграничение источника перитонита;
 - В. санация брюшной полости;
 - С. декомпрессия кишечника;
 - Д. дренирование брюшной полости;
 - Е. все ответы верны.
12. Укажите критерий, который обосновывает выбор срединного лапаротомного доступа при разлитом гнойном перитоните:
- А. полноценная ревизия брюшной полости;
 - В. минимальная травма брюшной стенки;
 - С. минимальный разрез;
 - Д. минимальная кровопотеря;

Е. минимальный уровень инфицирования раны.

13. С какой целью в лечении распространенного гнойного перитонита выполняют назоинтестинальную интубацию?

- А. подавление перистальтики кишечника;
- В. учет потерь жидкости через желудочно-кишечный тракт;
- С. контроль электролитного состава кишечного содержания;
- Д. стимуляция перистальтики кишечника;
- Е. профилактика кишечной непроходимости.

14. Патогномоническим симптомом перфорации полого органа в свободную брюшную полость является:

- А. высокий лейкоцитоз;
- В. отсутствие кишечных шумов;
- С. пневмоперитонеум;
- Д. положительные симптомы раздражения брюшины;
- Е. притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости.

15. Укажите причину использования производных метронидазола как обязательного компонента антибактериальной терапии распространенного перитонита?

- А. устранение грибковой флоры;
- В. устранение анаэробной микрофлоры;
- С. устранение микрофлоры аэробной;
- Д. профилактика глистной инвазии;
- Е. профилактика распространенного кандидоза.

16. При каком виде перитонита наблюдаются фибриновые наложения на париетальной и висцеральной брюшине?

- А. при гнилостном;
- В. при гнойном;
- С. при фибринозном;
- Д. при всех;
- Е. при гнилостном.

17. При подозрении на абсцесс Дугласового пространства показаны все нижеперечисленные методы диагностики, кроме:

- А. ректороманоскопия;
- В. ректальное обследование;
- С. ультрасонография;
- Д. компьютерная томография;
- Е. вагинальное исследование.

18. Укажите возможные причины псевдоперитонеального синдрома:

- А. уремия;
- В. порфирия;

- С. диабетический кризис;
 - Д. почечная колика;
 - Е. все перечисленное.
19. В классическом течении перитонита выделяют стадии:
- А. реактивную, токсическую, терминальную;
 - В. раннюю, промежуточную, позднюю;
 - С. реактивную, промежуточную, позднюю;
 - Д. токсическую, интоксикационную, терминальную;
 - Е. реактивную, токсическую, позднюю.
20. Критериями диагностики анаэробного перитонита является:
- А. бурный прогресс заболевания;
 - В. тяжелая гнойная интоксикация;
 - С. все перечисленное;
 - Д. выраженный парез кишечника;
 - Е. обильное количество экссудата зелено-коричневого цвета.
21. Для реактивной стадии гнойного перитонита не характерно:
- А. резкая болезненность живота при пальпации;
 - В. положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
 - С. напряжение мышц передней брюшной стенки;
 - Д. лицо «Гипократа»;
 - Е. тахикардия.
22. Благоприятный результат лечения больных с перитонитом обеспечивает:
- А. раннее хирургическое вмешательство;
 - В. все перечисленное;
 - С. адекватная операция;
 - Д. внутривенная антибактериальная терапия;
 - Е. методы экстракорпоральной детоксикации.
23. Для перитонита не характерный симптом:
- А. Хоманса;
 - В. Щоткина-Блюмберга;
 - С. Воскресенского;
 - Д. Куленкампа;
 - Е. Крымова.
24. Асептическое воспаление брюшины может быть вызвано:
- А. бактериями;
 - В. бактериоидами;
 - С. желчью;
 - Д. травмой;
 - Е. экссудатом

25. Симптом токсических «ножниц» при перитоните - это соотношение:
- А. частоты дыхания и температуры;
 - В. артериального давления и пульса;
 - С. артериального давления и температуры;
 - Д. ректальной и аксилярной температуры;
 - Е. пульса и температуры.
26. Что необходимо сделать в случае развития послеоперационного перитонита?
- А. выполнить лапаротомию;
 - В. назначить антибиотики;
 - С. назначить обезболивающие;
 - Д. выполнить лапароцентез;
 - Е. выполнить лапароскопию.
27. При перитоните рвота, как правило:
- А. однократная;
 - В. эпизодическая;
 - С. многократная;
 - Д. обильная;
 - Е. скудная.
28. При перитоните нарушения белкового обмена характеризуются:
- А. увеличением концентрации альбумина;
 - В. увеличением концентрации глобулинов;
 - С. уменьшением альбумино-глобулинового коэффициента;
 - Д. уменьшением концентрации альбумина;
 - Е. увеличением альбумино-глобулинового коэффициента.
29. Тактика хирурга при аппендикулярном инфильтрате:
- А. оперативное лечение;
 - В. нет правильного ответа;
 - С. наблюдение;
 - Д. консервативное лечение, систематическое наблюдение за больным;
 - Е. пункция.
30. Дренирование брюшной полости проводится при:
- А. флегмонозном аппендиците без выпота;
 - В. гангренозном аппендиците с выпотом;
 - С. флегмонозном аппендиците с серозным выпотом без запаха;
 - Д. нет правильного ответа;
 - Е. катаральном аппендиците.

Ситуационные задачи.

1. Больная прооперирована 9 дней назад по поводу деструктивного аппендицита с тазовым положением. Развилось осложнение – абсцесс Дугласова пространства. При пальцевом исследовании прямой кишки отмечается инфильтрат с размягчением в центре. Тактика хирурга?
 - A. Пункция абсцесса с вскрытием и дренированием;
 - B. Релапаротомия, дренирование абсцесса;
 - C. Пресакральная антибиотико-новокаиновая блокада;
 - D. Теплые микроклизмы, свечи с антибиотиками;
 - E. Электрофорез с антибиотиками на живот.
2. Больной поступил в ургентную клинику в тяжелом состоянии. Пульс 112 уд/мин., АД-110/60 мм рт. ст., T-35,1 C. Установлен диагноз разлитой перитонит. Какое лечение показано больному:
 - A. лапароцентез;
 - B. лапароскопия;
 - C. антибиотикотерапия;
 - D. операция;
 - E. пункция.
3. Больной поступил в ургентную клинику с диагнозом перитонита. Признаки эндотоксикоза не выражены. Какая степень тяжести перитонита у больного?
 - A. I степень;
 - B. II степень;
 - C. III степень;
 - D. IV степень;
 - E. V степень.
4. Больной поступил в ургентную клинику с диагнозом перитонита в первые сутки от начала заболевания. Какая стадия перитонита у больного?
 - A. токсическая;
 - B. реактивная;
 - C. терминальная;
 - D. начальная;
 - E. все ответы верны.
5. Больной поступил в ургентную клинику с диагнозом перитонита на вторые сутки от начала заболевания. Какая стадия перитонита у больного?
 - A. реактивная;
 - B. терминальная;
 - C. токсическая;

Д. начальная;

Е. все ответы верны.

6. Больной поступил в ургентную клинику с диагнозом перитонита на третьи сутки от начала заболевания. Какая стадия перитонита у больного?

А. токсическая

В. реактивная

С. начальная

Д. терминальная

Е. все ответы верны

7. Больной поступил в больницу с закрытой травмой живота. При обследовании – положительные симптомы раздражения брюшины. Заподозрено повреждение внутренних органов. Какой метод диагностики используете для подтверждения диагноза?

А. диагностическая лапаротомия;

В. ангиография;

С. сканография;

Д. термография;

Е. доплерография.

8. Больная получила травму в область живота 3 часа тому назад. Доставлена в ургентную клинику с жалобами на резкую боль в животе. Черты лица заострены. Положительные симптомы раздражения брюшины. При обзорной рентгеноскопии обнаружен свободный газ под куполом диафрагмы. Установлен диагноз: разрыв полостного органа. Какой вид лечения наиболее целесообразен?

А. холод на живот;

В. оперативный;

С. лапароцентез;

Д. лапароскопия;

Е. антибиотикотерапия.

9. Больная получила травму в область живота 3 часа тому назад. Доставлена в ургентную клинику с жалобами на резкую боль в животе. Положительные симптомы раздражения брюшины. Какой вид исследования необходимо использовать для уточнения диагноза?

А. термографию;

В. флебографию;

С. УЗИ органов брюшной полости;

Д. доплерографию;

Е. определение кислотности желудочного сока.

10. Больной поступил в больницу с диагнозом: перитонит. Что из лекарств следует использовать с антибактериальной целью:

- А. нет правильного ответа;
- В. раствор Рингера;
- С. но-шпа;
- Д. баралгин;
- Е. реосорбилакт.

11. Больной поступил в больницу с предварительным диагнозом: перитонит. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

- А. тромбофлебит;
- В. эзофагит;
- С. почечная колика;
- Д. облитерирующий атеросклероз;
- Е. синдром нижней полой вены.

12. У больного, страдающего язвенной болезнью, появилась внезапная сильная боль в эпигастрии и нечеткие симптомы перитонита. В течение последующих суток проявление этих симптомов уменьшилось, состояние больного улучшилось. Какой метод исследования позволит уточнить диагноз?

- А. обзорная рентгенография органов брюшной полости;
- В. ангиография;
- С. доплерография;
- Д. реовазография;
- Е. ирригоскопия;

13. Больная 2 часа тому назад получила удар в живот. Доставлена в ургентную клинику в тяжелом состоянии с подозрением на разрыв полостного органа. Какой метод исследования позволит уточнить диагноз?

- А. ангиография;
- В. лапароскопия;
- С. доплерография;
- Д. реовазография;
- Е. ирригоскопия.

14. Больной поступил ургентно в клинику на 3 сутки от начала заболевания. Состояние тяжелое, адинамичен. Пульс 138 уд. за 1 мин. АД-80\40 мм.рт.ст. Живот вздут, умеренно болезненный при пальпации. Симптом Щёткина-Блюмберга сомнителен. В нижних отделах живота определяется жидкость. Сквозь зияющий сфинктер отходит жидкий, зловонный кал. Какой диагноз у больного?

- А. разлитой перитонит;
- В. кишечная непроходимость;
- С. мезентериальный тромбоз;
- Д. токсическая дилатация толстой кишки;
- Е. острый панкреатит.

15. Больной страдает стенокардией. Заболел внезапно после физической нагрузки. Жалобы на боль в эпигастральном участке, которая распространилась на правую половину живота. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Ректально - нависание и болезненность передней стенки прямой кишки. На обзорной рентгенограмме живота свободного газа не обнаружено. Какой наиболее достоверный диагноз?

- А. перитонит аппендикулярного характера;
- В. абдоминальна форма инфаркта миокарда;
- С. острый холецистит;
- Д. острый панкреатит;
- Е. перитонит.

16. Больной 2 часа тому назад упал из второго этажа. Состояние тяжелое. Какой вид исследования необходимо использовать для исключения повреждения полых органов?

- А. термографию;
- В. флебографию;
- С. доплерографию;
- Д. лапароцентез;
- Е. реовазографию.

17. Больная 20 лет, перенесла 4 дня назад аппендэктомию по поводу простого аппендицита. На 4-й день температура поднялась до 38 градусов, появились боли в животе, рвота. Язык сухой, обложен. Живот напряжен и резко болезнен в нижней половине. Симптом Щеткина-Блюмберга здесь же положителен. Лейкоцитоз - 25 000. Ректально - резкая болезненность передней стенки.

Диагноз?

- А. перитонит аппендикулярного характера;
- В. абдоминальна форма инфаркта миокарда;
- С. острый холецистит;
- Д. острый панкреатит;
- Е. абсцесс Дугласова пространства.

18. Больная 20 лет, перенесла 4 дня назад аппендэктомию по поводу простого аппендицита. На 4-й день температура поднялась до 38 градусов, появились боли в животе, рвота. Язык сухой, обложен. Живот напряжен и резко болезнен в нижней половине. Симптом Щеткина-

Блюмберга здесь же положителен. Лейкоцитоз - 25 000. Ректально - резкая болезненность передней стенки. Возможные причины осложнения?

- А. несостоятельность культи отростка;
- В. апоплексия яичника;
- С. эктопическая беременность;
- Д. межкишечный абсцесс;
- Е. оставлена салфетка в брюшной полости.

19. Во время операции через двое суток после прободения язвы пилорического отдела желудка у 32-летнего мужчины обнаружено большое количество гнойного выпота в брюшной полости, петли тонкой кишки, печень, диафрагма покрыты фибрином, кишечные петли растянуты содержимым, "тяжелые". Ваш план?

- А. санация брюшной полости;
- В. дренирование брюшной полости;
- С. интубация кишечника;
- Д. все варианты верны;
- Е. нет правильного ответа.

20. Больная 57 лет, доставлена в клинику на 3 сутки от начала заболевания. Вначале были приступообразные боли в области правого подреберья, тошнота, повторялась рвота с примесью желчи. Стула не было. Температура держалась в пределах 38,5-39 град. Боли стали постоянными, лишили больную сна. Подобные боли наблюдались и раньше при приеме жирной и острой пищи. Введение атропина, никоплана врачом "скорой помощи" облегчения не принесли, наоборот, боли распространились по всему животу. При поступлении состояние тяжелое, рвота. Язык сухой. Живот вздут, напряжен больше справа; по всему животу определяется симптом Щеткина-Блюмберга, кроме того, выявлены симптомы Ортнера, Мюсси, Мерфи. Пульс частый, нитевидный. Диагноз?

- А. острый катаральный холецистит;
- В. Острый деструктивный холецистит;
- С. Распространенный перитонит;
- Д. Местный перитонит;
- Е. Правильные ответы В, С.

21. Вас вызвала дежурная сестра к больному, у которого внезапно, на 4 сутки после резекции желудка по поводу пенетрирующей язвы 12-перстной кишки, появились сильные боли в эпигастральной и правой подвздошной области. Состояние его средней тяжести, кожа покрыта холодным потом. Пульс 108 ударов в минуту. АД - 95/30 мм рт ст. Язык

суховат. Живот умеренно вздут, напряжен, болезнен в эпигастральной и правой подвздошной области, где определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Что произошло?

- A. Несостоятельность культи;
- B. Присоединились симптомы острого холецистита;
- C. Развился разлитой перитонит;
- D. Все варианты верны;
- E. Правильные ответы A, C.

22. Больная 52 лет доставлена из инфекционной больницы, где лечилась от брюшного тифа. На 20 день болезни вечером появились боли в животе, повторяющаяся рвота. Через 16 часов осмотрена врачом и направлена в хирургическое отделение. При осмотре: температура 38,6 градусов, состояние тяжелое, сознание заторможено, пульс 120 в минуту, язык и слизистые щек сухие. Живот вздут. Наибольшее напряжение мышц и болезненность определяются в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отчетливо выражен по всему животу за исключением самых верхних отделов. В отлогих местах живота притупление перкуторного звука. Кишечные шумы не выслушиваются. Анализ крови: Л - 6800, з - 0, ю - 1, п - 15, с - 72, л - 8, м - 4, СОЭ - 40 мм/ч. Диагноз?

- A. Перфорация язвы;
- B. Токсический перитонит;
- C. Местный перитонит;
- D. Инфекционно-токсический шок;
- E. Все варианты верны.

23. У больного 62 лет по поводу перитонита, развившегося на почве гангренозного аппендицита, было произведено дренирование кишечника (через энтеростому) по Житнюку, а в правую подвздошную область к ложу отростка введены тампоны; на 5 день на фоне интенсивной комплексной терапии состояние больного улучшилось. Водно-электролитных нарушений нет. ОЦК и КЩС нормальные. Из желудка через зонд выводится около 50 мл содержимого за сутки; через дренаж, введенный в кишечник - до 2 литров. Повязка над тампонами умеренно пропиталась гноем. Пульс 90 в минуту, ритмичный. АД -120/80 мм рт. ст.. Как поступить с дренажной трубкой и тампонами?

- A. Удалить;
- B. Промыть раствором диоксидина;
- C. Удалить трубку и дренировать рану;
- D. Оставить для дальнейшего функционирования;
- E. Нет правильного ответа.

24. Хирург, распознав тяжелую форму общего перитонита у больного 36 лет, произвел лапаротомию, но при ревизии источника перитонита не нашел. Если источник перитонита все-таки не будет найден, как поступить?

- A. Санация брюшной полости;
- B. Санация и дренирование брюшной полости;
- C. Завершить операцию;
- D. Произвести аппендэктомию;
- E. Нет правильного ответа.

25. Через 14 дней после перенесенной аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита с местным перитонитом, у ребенка 12 лет появились боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, позывы на стул. Температура поднялась до 39 град. Пульс 120 в минуту. Живот мягкий, резко болезнен над лоном, напряжения мышц нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Предположительный диагноз?

- A. Абсцесс Дугласова пространства;
- B. Несостоятельность культи;
- C. Дизентерия;
- D. Внутривнутрибрюшное кровотечение;
- E. Все варианты верны.

26. Через 14 дней после перенесенной аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита с местным перитонитом, у ребенка 12 лет появились боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, позывы на стул. Температура поднялась до 39 град. Пульс 120 в минуту. Живот мягкий, резко болезнен над лоном, напряжения мышц нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Дополнительные методы исследования:

- A. УЗИ брюшной полости;
- B. Консультация инфекциониста;
- C. Пальцевое исследование прямой кишки;
- D. Рентгеноскопия брюшной полости;
- E. Все варианты верны.

27. Больной 22 лет поступил через 2 часа от начала заболевания с жалобами на боли по всему животу, больше справа, сухость во рту, тошноту. Общее состояние средней тяжести. Обращает внимание вынужденное положение больного - сидя. При попытке положить больного он начинает стонать от резких болей. Температура 37,8 град. Пульс 100 в минуту. Живот напряжен во всех отделах как "доска". Резко положителен симптом Щеткина-Блюмберга, особенно в правых отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки отмечается болезненность

тазовой брюшины справа. В анализе крови — лейкоцитоз до 12 тыс. Ваш диагноз?

- A. Гангренозно-перфоративный перитонит;
- B. Асептический перитонит;
- C. Острый деструктивный холецистит;
- D. Абсцесс Дугласова пространства;
- E. Нет правильного ответа.

28. У больного, оперированного 5 дней назад по поводу острого флегмонозного аппендицита, появились боли в правом подреберье, усиливающиеся на вдохе. Повысилась температура до 38,5 град. Пульс учащен, язык влажный. Живот мягкий, но в правом подреберье слегка болезненный. Печень выходит из-под реберной дуги на 6 см. Симптом Ортнера-Грекова положителен. В легких везикулярное дыхание. Рентгенологически изменений со стороны легочной паренхимы не найдено. В плевральном синусе справа имеется небольшое количество выпота. Диафрагма уплощена, ограничена в подвижности. Лейкоцитоз - 16000. О каком осложнении Вы подумали?

- A. Поддиафрагмальный абсцесс;
- B. Острый деструктивный холецистит;
- C. Несостоятельность культи;
- D. Местный перитонит;
- E. Нет правильного ответа.

29. На операции у пациента М. 53 лет, оперируемого в экстренном порядке, выявлены следующие изменения. Париетальная и висцеральная брюшина гиперемирована, отёчна, петли тонкой кишки значительно переполнены газом и жидким содержимым, покрыты наложениями фибрина, в брюшной полости во всех отделах около 500,0 мл. гнойно — фибринозного выпота. Червеобразный отросток изменён гангренозно, на верхушке имеется перфорационное отверстие до 0,5 см в диаметре, между петлями тонкой кишки обнаружены три межкишечных абсцесса по 50,0 мл гноя. Ваш интраоперационный диагноз?

- A. Острый гангренозно — перфоративный аппендицит;
- B. Распространённый гнойно — фибринозный перитонит;
- C. Множественные абсцессы брюшной полости;
- D. Все варианты верны;
- E. Правильные варианты А, В.

30. Больная 36 лет доставлена в хирургический стационар с жалобами на постоянные, постепенно нарастающие боли внизу живота, возникшие у больной среди полного здоровья 8 часов назад. Объективно: определяется умеренное вздутие живота, разлитая болезненность в

нижних отделах, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. Сомнительный симптом Щёткина – Блюмберга. Пульс – 100 в минуту. Лейкоцитоз – $15,0 \times 10^9/\text{л}$. Ваш диагноз?

- А. Апоплексия яичника;
- В. абдоминальна форма инфаркта миокарда;
- С. острый холецистит;
- Д. острый панкреатит;
- Е. перитонит.

Практические навыки.

1. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 7?

- А. Большой сальник;
- В. Печеночно-двенадцатиперстная связка;
- С. Париетальная брюшина;
- Д. Брюшинная полость;
- Е. Желудок.

2. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 5?

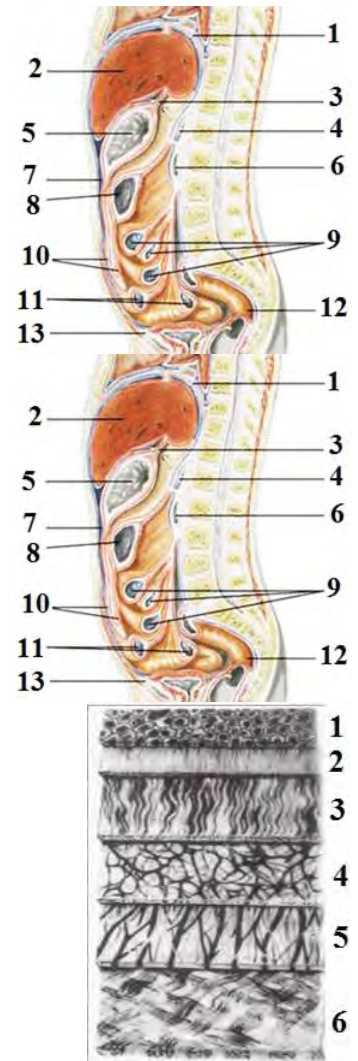
- А. Большой сальник;
- В. Печеночно-двенадцатиперстная связка;
- С. Париетальная брюшина;
- Д. Брюшинная полость;
- Е. Желудок.

3. Какой слой брюшины изображен на рисунке под номером 1?

- А. Мезотелий;
- В. Базальная мембрана;
- С. Коллагеновый слой;
- Д. Эластическая сетка;
- Е. Пограгичная мембрана.

4. Методика выполнения проверки какого симптома изображена на рисунке?

- А. Воскресенского;
- В. Ортнера-Грекова;
- С. Щеткина-Блюмберга;
- Д. Иванова;
- Е. Георгиевского.



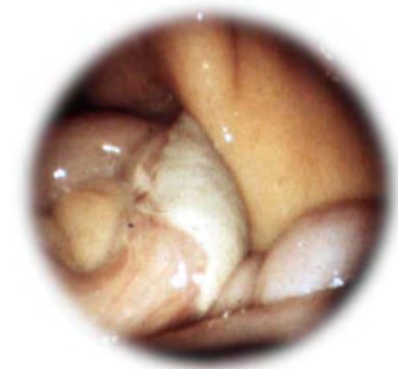
5. Поставьте диагноз по данным рентгенографии:

- А. Прободная язва желудка;
- В. Поддиафрагмальный абсцесс;
- С. Межкишечный абсцесс;
- Д. Кишечная непроходимость;
- Е. Нет правильного ответа.



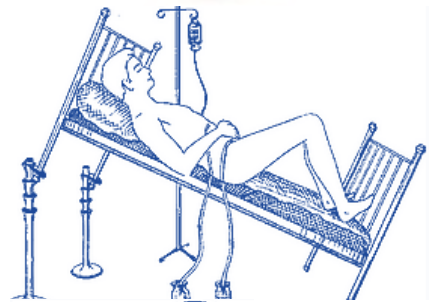
6. Поставьте диагноз по данным лапароскопии:

- А. Паралитическая кишечная непроходимость;
- В. Перитонит;
- С. Заворот кишечника;
- Д. Инвагинация;
- Е. Нет правильного ответа.



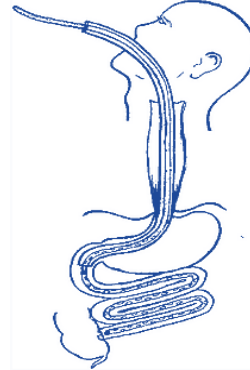
7. Какой метод лечения изображен на рисунке?

- А. Перитонеальный диализ;
- В. Дренирование по Редону;
- С. Положение Троянова-Тренделенбурга;
- Д. Перитонеальный лаваж;
- Е. Все варианты верны.



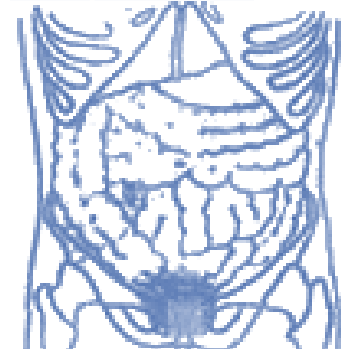
8. Какая процедура изображена на рисунке?

- А. Зондирование желудка;
- В. Лаваж;
- С. Интубация кишечника;
- Д. Промывание кишечника;
- Е. Нет правильного ответа.



9. При каком расположении червеобразного отростка возможно развитие данного абсцесса?

- А. Медиальном;
- В. Ретроцекальном;
- С. Тазовом;
- Д. Ретроперитонеальном;
- Е. Левостороннем.



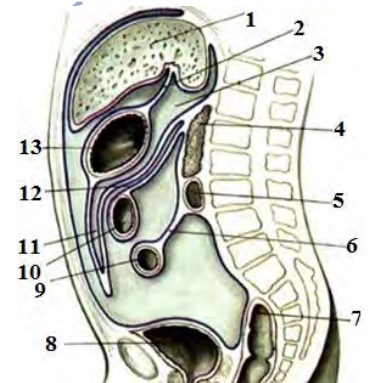
10. Что изображено на рисунке?

- А. Пункция абсцесса печени;
- В. Дренирование абсцесса почки;
- С. Тампонада остаточной полости;
- Д. Удаление пиогенной капсулы;
- Е. Все варианты верны.



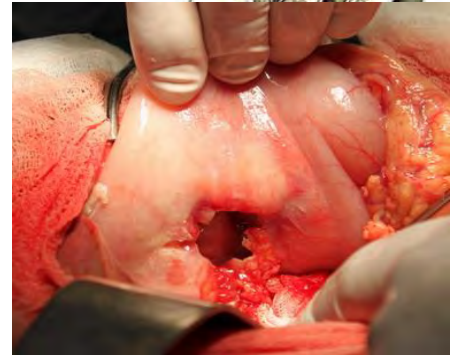
11. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 3?

- А. Малый сальник;
- В. Винслово отверстие;
- С. Большой сальник;
- Д. Париетальная брюшина;
- Е. Брыжейка кишечника.



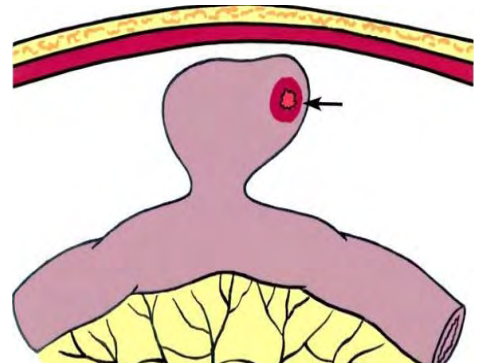
12. Какая причина перитонита была обнаружена у больного перитонитом интраоперационно?

- А. Осложненный брюшной тиф;
- В. Перфорированная язва желудка;
- С. Пенетрация кишечника;
- Д. Травма кишечника;
- Е. Язва двенадцатиперстной кишки.



13. Какая причина перитонита изображена на рисунке?

- А. Перфорация кишечника;
- В. Разрыв дивертикула Меккеля;
- С. Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки;
- Д. Перфорация ущемленной петли кишки;
- Е. Нет правильного ответа.



14. При каком расположении червеобразного отростка возможно развитие данного абсцесса?

- А. Классическом;
- В. Медиальном;
- С. Латеральном;
- Д. Тазовом;
- Е. Ретроперитонеальном.



15. При каком расположении червеобразного отростка возможно развитие данного абсцесса?

- A. Классическом;
- B. Медиальном;
- C. Латеральном;
- D. Тазовом;
- E. Ретроперитонеальном.

16. При каком расположении червеобразного отростка возможно развитие данного абсцесса?

- A. Классическом;
- B. Медиальном;
- C. Латеральном;
- D. Тазовом;
- E. Ретроперитонеальном.

17. При каком расположении червеобразного отростка возможно развитие данного абсцесса?

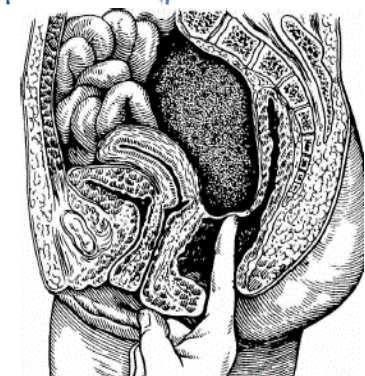
- A. Классическом;
- B. Медиальном;
- C. Латеральном;
- D. Подпеченочном;
- E. Ретроперитонеальном.

18. Какой абсцесс брюшной полости изображен на рисунке под номером 2?

- A. Параколический;
- B. Межкишечный;
- C. Поддиафрагмальный;
- D. Тазовый;
- E. Ретроцекальный.

19. Какой диагноз был поставлен больной при пальцевом исследовании?

- A. Межкишечный абсцесс;
- B. Абсцесс маточно-прямокишечного углубления;
- C. Ретроцекальный абсцесс;
- D. Ретроперитонеальный абсцесс;
- E. Нет правильного ответа.



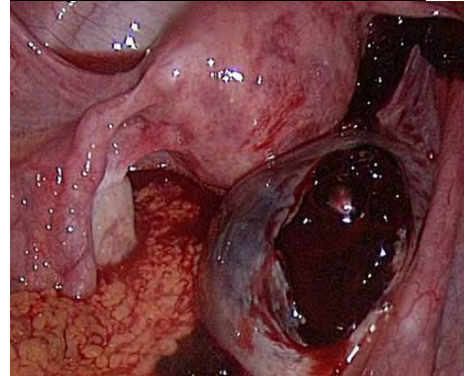
20. Какая причина перитонита была обнаружена у больного при вскрытии?

- А. Нагноившаяся эхинококковая киста печени;
- В. Разрыв пиогенной капсулы;
- С. Внутрипеченочный абсцесс;
- Д. Нагноившаяся фолликулярная киста;
- Е. Нет правильного ответа.



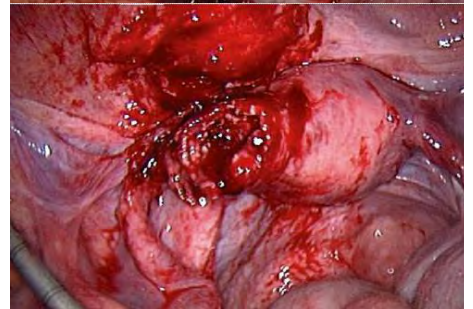
21. Какая причина перитонита была обнаружена лапароскопически?

- А. Разрыв кисты брюшной полости;
- В. Апоплексия яичника;
- С. Разрыв матки;
- Д. Несостоятельность культи матки;
- Е. Нет правильного ответа.



22. Назовите причину перитонита у беременной женщины:

- А. Разрыв кисты брюшной полости;
- В. Апоплексия яичника;
- С. Разрыв матки;
- Д. Несостоятельность культи матки;
- Е. Нет правильного ответа.



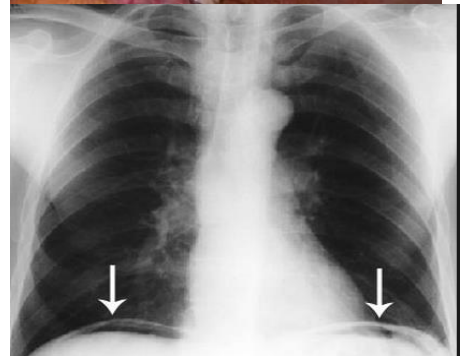
23. Возможная причина развития перитонита при данной патологии:

- А. Разрыв кисты брюшной полости;
- В. Апоплексия яичника;
- С. Разрыв матки;
- Д. Несостоятельность культи матки;
- Е. Разрыв беременной маточной трубы.



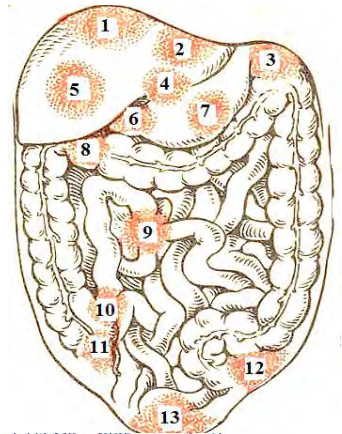
24. Что обнаружено у больного открытой травмой живота рентгенологически:

- А. Повреждение полого органа;
- В. Серповидное просветление под куполом диафрагмы;
- С. Свободный газ в брюшной полости;
- Д. Все варианты верны;
- Е. Нет правильного ответа.



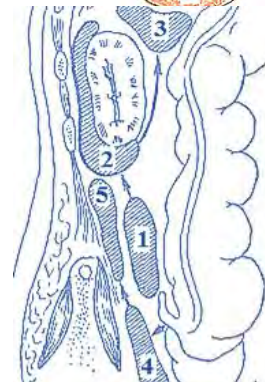
25. Какой абсцесс изображен на рисунке под номером 4?

- A. Поддиафрагмальный абсцесс;
- B. Абсцесс сальниковой сумки;
- C. Абсцесс культи двенадцатиперстной кишки;
- D. Подпеченочный абсцесс;
- E. Межпетлевой абсцесс.



26. Какой абсцесс изображен на рисунке под номером 2?

- A. Поддиафрагмальный абсцесс;
- B. Подпеченочный абсцесс;
- C. Гнойный паранефрит;
- D. Подпеченочный абсцесс;
- E. Межпетлевой абсцесс.



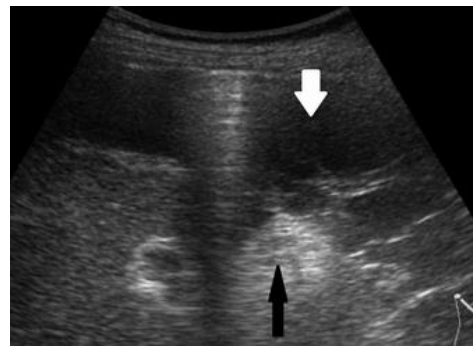
27. Назовите этиологию перитонита по данным макропрепарата:

- A. Деструктивный аппендицит;
- B. Сморщивание желчного пузыря;
- C. Каловый перитонит вследствие стеноза кишки;
- D. Нет правильного ответа;
- E. Острый флегмонозный калькулёзный перфоративный холецистит;



28. Поставьте предварительный диагноз по данным УЗИ (стрелками указаны свободная жидкость и газ в брюшной полости):

- A. Перитонит;
- B. Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки;
- C. Перфорация язвы желудка;
- D. Перфорация тонкой кишки;
- E. Все варианты возможны.



29. Поставьте предварительный диагноз:

- А. Перитонит;
- В. Перфорация явзы двенадцатиперстной кишки;
- С. Перфорация язвы желудка;
- Д. Перфорация тонкой кишки;
- Е. Все варианты возможны.



30. Для какой стадии перитонита характерен изображенный хабитус?

- А. Эректильной;
- В. Токсической;
- С. Торпидной;
- Д. Терминальной;
- Е. Стадии эксикоза.



Ответы

Тесты

1. В	6. D	11. E	16. D	21. D	26. A
2. C	7. E	12. A	17. A	22. B	27. C
3. A	8. C	13. E	18. E	23. A	28. C
4. C	9. A	14. C	19. A	24. C	29. D
5. A	10. C	15. B	20. C	25. E	30. A

Ситуационные задачи

1. A	6. D	11. C	16. D	21. A	26. C
2. D	7. A	12. A	17. E	22. A	27. A
3. A	8. B	13. B	18. A	23. C	28. A
4. B	9. C	14. A	19. D	24. B	29. D
5. C	10. A	15. A	20. E	25. A	30. E

Практические навыки

1. D	6. B	11. C	16. B	21. B	26. C
2. E	7. A	12. B	17. D	22. C	27. A
3. A	8. C	13. B	18. A	23. E	28. E
4. C	9. C	14. A	19. B	24. D	29. A
5. B	10. A	15. E	20. A	25. B	30. D

Использованная литература:

Основная литература

1. Кузин М.И. Хирургические болезни. // Москва, Медицина. 2005.
2. Савельев В.С. Хирургические болезни: Учеб.: в 2 томах / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
3. Синенченко, Г.И. Хирургия острого живота: рук-во / Г.И. Синенченко, А.А. Курыгина, С.Ф. Багненко. СПб.: Элби-СПб, 2007. - 500 с.
4. Федоров В.Д., Емельянов С.И. - Хирургические болезни (руководство для интернов). М.: МИА, 2005.
5. Чернов В.Н. Неотложная хирургия. Диагностика и лечение острой хирургической патологии: В.Н. Чернов - Москва, Феникс, 2007 г.- 352 с.

Дополнительная литература

1. Афанасьева О.В. Язвенная болезнь:- Москва, АСТ, Астрель-СПб, ВКТ, 2009 г.- 128 с.
2. Болотовский Г.В. Холецистит и другие болезни желчного пузыря: Г.В. Болотовский - Москва, Омега, 2007 г.- 160с.
3. Боженков Ю.Г., Щербюк А.Н., Шалин С.А. Практическая панкреатология /Руков. Для врачей/, Н-Новгород. Изд. НГМА, 2003, 210с.
4. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З. М.: Операции на печени. Руководство для хирургов / «Миклош», 2003.
5. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. // Руководство по хирургии желчных путей. Видар - М, 2006.
6. Ерюхин Е.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. – СПб, 1999.
7. Замонищikov В.И. Аппендицит, осложненный инфильтратом. 2005 г. – 171 с. Красноярск
8. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Рук-во для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. 880 с.
9. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. – М.: Анархарсис, 2004.- 199с.
- 10.Калягин А.Н. Жёлчнокаменная болезнь и другие нарушения билиарного тракта. / Под ред. А.Н. Калягина. – Иркутск, 2006. - 42 с.
- 11.Кондратенко П.П. / Экстренная хирургия желчных путей Донецк 2005.
- 12.Кобозева Е.И. Язвенная болезнь. Лучшие методы лечения: Е.И. Кобозева – Санкт-Петербург, Вектор, 2008 г.- 128 с.
- 13.Красильников Д.М., Фаррахов А.З., Хайрулин И.И., Маврин М.И. Ранние послеоперационные осложнения у больных калькулёзным холециститом и холедохолитиазом. / Казань: Медицина, 2008.
- 14.Кригер Д.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. // Практическое руководство. Москва «Медицина» 2007 г.

15. Кригер А.Г., А.В. Федоров, П.К. Воскресенский, А.В. Дронов - Острый аппендицит. М., 2008.
16. Кочуков В.П., Ложкевич А. А., Островерхова Е. Г. Лапароскопическая аппендэктомия при остром аппендиците //Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2014. – №. 4. – С. 36-38.
17. Красильников Д.М., Фаррахов А.З., Хайрулин И.И., Маврин М.И. Ранние послеоперационные осложнения у больных калькулёзным холециститом и холедохолитиазом. / Казань: Медицина, 2008.
18. Крот И.Ф., Эйныш Е.А., Призенцов А.А. Острый аппендицит в поздние сроки беременности //Проблемы здоровья и экологии. – 2014. – №. 4 (42).
19. Лелюк В.Г. Методика ультразвукового исследования сосудистой системы: технология сканирования, нормативные показатели: метод, пособие / В.Г. Лелюк, С.Э. Лелюк. М., 2002. - 124 с.
20. Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Болезни поджелудочной железы. В 2 т. Т. 2. / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый. М.: Медицина, 2008. 558 с.
21. Паршиков В.В. Острый аппендицит и его осложнения у детей. Клиника, диагностика, лечение. 2006 г. – 38 с. НГМА.
22. Попова Ю. Язвенная болезнь желудка. Самые эффективные методы лечения: Юлия Попова – Санкт-Петербург, Крылов, 2010 г.- 128 с.
23. Ротков И.А. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. - М.: Медицина, 2006.
24. Русанов А.А. - Острый аппендицит. М., 2007.
25. Седов, В.М. Аппендицит / В.М. Седов. СПб.: ООО «Санкт-Петербургское медицинское издательство», 2002. - 232 с.
26. Утешев Н.С. и соавт. Острый аппендицит. Современные методы диагностики и лечения острого аппендицита и его осложнений: Н.С. Утешев, Г.В. Пахомова, В.А. Аванесова, В.Д. Левитский - Санкт-Петербург, Миклош, 2010 г.- 168 с.
27. Федоров И.В. и соавт. Эндоскопическая хирургия: И.В. Федоров, Е.И. Сигал, Л.Е. Славин - Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2009 г.- 584 с.
28. Хацко В.В. и др. Острый аппендицит у беременных (научный обзор) //Український журнал хірургії. – 2014. – №. 1. – С. 154-157.
29. Холецистит. Лучшие методы лечения: И.А. Калюжнова - Москва, Вектор, Невский проспект, 2007 г.- 128 с.
30. Шеянов С.Д., Харитонов Е. А. Острая кишечная непроходимость и внутрибрюшная гипертензия (обзор литературы) //Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. – 2009. – №. 4.
31. Assefa Z. et al. Acute appendicitis in children admitted to zewditu memorial hospital //Ethiopian Medical Journal. – 2015. – Т. 52. – №. 4.
32. Augustin G. Acute Appendicitis //Acute Abdomen During Pregnancy. – Springer International Publishing, 2014. – С. 3-43.

33. Bachur R.G. et al. The effect of abdominal pain duration on the accuracy of diagnostic imaging for pediatric appendicitis // *Annals of emergency medicine*. – 2012. – Т. 60. – №. 5. – С. 582-590. e3.
34. Beger H.G., Büchler M. (ed.). *Acute pancreatitis: research and clinical management*. – Springer Science & Business Media, 2012.
35. Churpiy I.K. Risk factors and prognosis of surgical treatment in patients with peritonitis // *Medical Informatics and Engineering*. – 2012. – №. 3.
36. Flum D. R. Acute Appendicitis-Appendectomy or the "Antibiotics First" Strategy (vol 372, pg 1937, 2015) // *New england journal of medicine*. – 2015. – Т. 372. – №. 23. – С. 2274-2274.
37. Foell D., Bahde R., Senninger N. The Non Operative Treatment for Acute Appendicitis (NOTA) Study: Is Less Surgery Better Surgery? // *Annals of surgery*. – 2015.
38. Giraudo G. et al. Prompt or delayed appendectomy? Influence of timing of surgery for acute appendicitis // *Surgery today*. – 2013. – Т. 43. – №. 4. – С. 392-396.
39. Gravante G. et al. Intraperitoneal Drains During Open Appendicectomy for Gangrenous and Perforated Appendicitis: A Systematic Review // *British journal of surgery*. – 111 river st, Hoboken 07030-5774, NJ USA : Wiley-blackwell, 2015. – Т. 102. – С. 230-230.
40. Gevenoio P.A. *Imaging of acute appendicitis in adults and children*. – Berlin Heidelberg : Springer, 2011.
41. Markar S. R. et al. Laparoscopic versus open appendectomy for complicated and uncomplicated appendicitis in children // *Journal of Gastrointestinal Surgery*. – 2012. – Т. 16. – №. 10. – С. 1993-2004.
42. Mériageud S., Millet I., Taourel P. *Acute appendicitis // CT of the Acute Abdomen*. – Springer Berlin Heidelberg, 2011. – С. 143-181.
43. Peitzman A. B. et al. (ed.). *The trauma manual: trauma and acute care surgery*. – Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
44. Runyon B. A. *Ascites and spontaneous bacterial peritonitis // Schiff's Diseases of the Liver, Eleventh Edition*. – 2002. – С. 393-420.
45. Sylla P., Hodin R. *Acute Appendicitis // Practical Gastroenterology and Hepatology: Small and Large Intestine and Pancreas*. – 2010. – С. 382-390.
46. Simpson J., Humes D.J. *Acute Appendicitis // Textbook of Clinical Gastroenterology and Hepatology, Second Edition*. – 2012. – С. 505-510.
47. Wei B. et al. Laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis: a metaanalysis // *Surgical endoscopy*. – 2011. – Т. 25. – №. 4. – С. 1199-1208.
48. surgerylinks.ru
49. surgerylib.ru
50. moodle.sammi.uz
51. medicinform.net/surgery

Сдано в набор 26.12.2016 г. Подписано в печать 10.01.2017 г.

43 п/л. Формат 60x84 1/8. Тираж 100.

Заказ № 389. Цена договорная

Отпечатано в Институте археологии

Академии наук Республики Узбекистан

140151, г. Самарканд, ул. акад. В. Абдуллаева, 3

