

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России)

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Часть I. Хирургические болезни брюшной полости
Учебное пособие



Уфа
2018

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России)

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ЧАСТЬ I

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

УФА

2018

УДК 617.55-07-089(075.8)

ББК 54.574я7

А 45

Рецензенты:

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации *В.Н. Бордуновский*

Д.м.н., профессор кафедры эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии Казанской государственной медицинской академии-филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России *И.В. Федоров*

А 45 **Алгоритмы диагностики и лечения хирургических заболеваний. Ч. I. Хирургические болезни брюшной полости:** учеб. пособие / сост.: О.В. Галимов, Р.А. Зиангиров, Ю.В. Костина, В.О. Ханов. – Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2018. – 103 с.

Составлено в соответствии с типовой рабочей программой по госпитальной хирургии (2018 г.), в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 – Лечебное дело.

В пособии излагаются этиология, патогенез, классификация, современные методы диагностики и лечения заболеваний, утвержденных тематикой практических занятий осеннего семестра.

Предназначено для обучающихся 6 курса по специальности 31.05.01 – Лечебное дело.

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом и утверждено решением Редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

УДК 617.55-07-089(075.8)

ББК 54.574я7

© ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2018

© О.В. Галимов, Р.А. Зиангиров, Ю.В. Костина, В.О. Ханов, 2018

ВВЕДЕНИЕ

Хирургия сегодня представляет собой сложную многогранную область медицины, играющую важную роль в борьбе за здоровье, трудоспособность и жизнь человека.

Прогресс современной медицинской науки неразрывно связан с научно-технической революцией, которая оказала огромное влияние на основные направления медицины. Являясь частью клинической медицины, современная хирургия в то же время развивается как крупная комплексная наука, использующая достижения биологии, физиологии, иммунологии, биохимии, математики, кибернетики, физики, химии, электроники и других отраслей науки. Во время операции в настоящее время применяют ультразвук, холод, лазеры, гипербарическую оксигенацию; операционные оснащаются новой электронной и оптической аппаратурой, компьютерами. Прогрессу современной хирургии способствует внедрение новых методов борьбы с шоком, сепсисом и нарушениями метаболизма, применение полимеров, новых антибиотиков, антисвертывающих и гемостатических средств, гормонов, ферментов. Современная хирургия объединяет различные разделы медицины: гастроэнтерологию, кардиологию, пульмонологию, ангиологию и др. Уже давно стали самостоятельными такие дисциплины, как урология, травматология, гинекология, нейрохирургия. За последние десятилетия из хирургии выделились анестезиология, реаниматология, микрохирургия, проктология.

Представленное учебное пособие по хирургическим болезням соответствует ФГОС ВО, ООП основной рабочей программе по дисциплине «Лечебное дело» и тематике практических занятий осеннего семестра и может быть использована в качестве основного или дополнительного учебного материала для подготовки обучающихся к занятиям. Включает девять хирургических заболеваний и отражает современное состояние развития вопросов этиологии, принципов дифференциальной диагностики, ла-

бораторных исследований и лечения патологий желудочно-кишечного тракта, органов грудной клетки, сосудистой системы. В соответствие с общеобразовательной программой и профессиональной компетенцией обучающийся должен обладать способностью и готовностью проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современного лабораторно-инструментального исследования, написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного. Способствует формированию компетенций:

- ОК-8 – готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;
- ОПК-4 – способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности;
- ОПК-5 – Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок;
- ОПК-7 – готовность к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий и методов при решении профессиональных задач.

Преподавание хирургии базируется на знаниях, полученных обучающимися на кафедрах нормальной анатомии, гистологии, нормальной физиологии, биохимии, патологической анатомии, патологической физиологии и согласуется с параллельно изучаемыми дисциплинами, такими как терапия, акушерство и гинекология.

В процессе преподавания дисциплины «Хирургические болезни» основной задачей является подготовить обучающихся по теоретическим вопросам клинической хирургии в объеме, необходимом для работы врачу любой специальности. Научить диагностике и основным методам лечения наиболее типичных, классических отдельных нозологических форм хирургических заболеваний, диагностике неотложных заболеваний и состояний в хирургии, а также оказанию первой помощи при хирургической патологии.

ГЛАВА 1.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Этиология

Желудочно-кишечное кровотечение – это вытекание крови из поврежденных заболеванием кровеносных сосудов в полости органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Источником кровотечения может стать любой отдел ЖКТ. В связи с этим выделяются кровотечения из верхних отделов ЖКТ (из пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки) и нижних отделов ЖКТ (тонкого и толстого кишечника, прямой кишки).

Кровотечения из верхних отделов составляют 80-90%, из нижних отделов – 10-20% случаев. Если рассматривать более подробно, то на долю желудка приходится 50% кровотечений, на долю двенадцатиперстной кишки – 30%, ободочной и прямой кишок – 10%, пищевода – 5% и тонкого кишечника – 1%. При язве желудка и двенадцатиперстной кишки такое осложнение, как кровотечение, встречается в 25% случаев.

Классификация

По характеру проявления:

- продолжающееся;
- останавливающееся;
- возобновившееся.

По последовательности произошедших кровотечений:

- первичное;
- вторичное;
- многократное (рецидивирующее).

По характеру эндоскопических проявлений:

- артериальное (пульсирующее);
- венозное.

По клиническим проявлениям:

- явные (рвота «кофейной гущей», мелена);
- скрытые (выявляемые пробой Грегерсена).

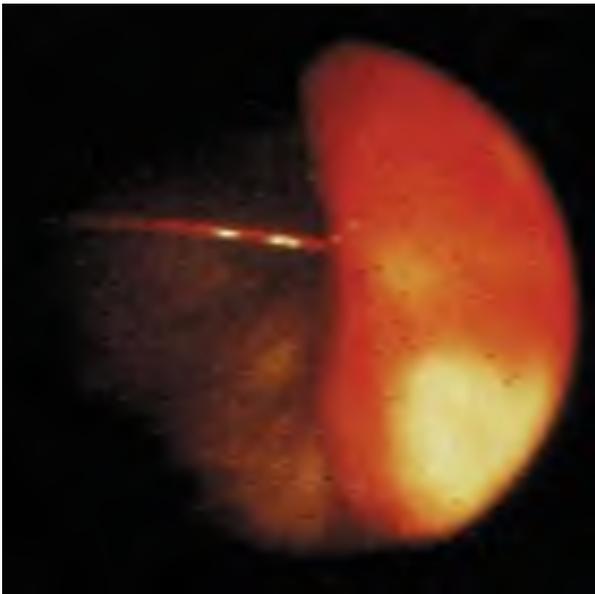
По тяжести клинических проявлений и объему потери:

Классификация объема кровопотери:

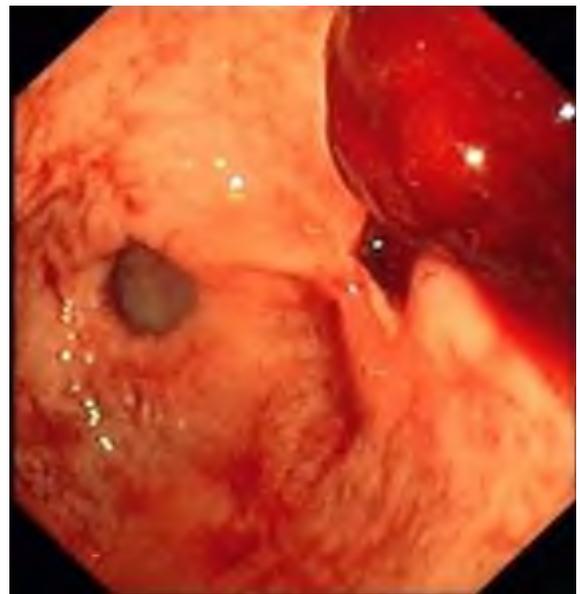
- I степень – легкая:
 - при массе > 70кг до 750 мл; 15% ОЦК,
 - шоковый индекс Альговера (ШИ) = 1,0;
- II степень – средней тяжести:
 - от 750 до 1500 мл; 15-30% ОЦК,
 - ШИ = 1,1-1,4, заторможенность, коллапс;
- III степень – тяжелая:
 - более 1500; > 30% ОЦК,
 - ИА > 1,4.

Классификация активности кровотечения (по Forrest, 1974):

- F1 Продолжающееся кровотечение (рис. 1 а, б):
 - F 1А Видимое сильное кровотечение (струей),
 - F 1Б Видимое слабое кровотечение (по каплям);
- F2 Состоявшееся кровотечение (рис. 2 а, б):
 - F 2А Наличие видимого тромбированного сосуда (диаметр менее 2 мм),
 - F 2Б Наличие фиксированного сгустка (диаметр более 2 мм),
 - F 2С На дне язвы пигментированные пятна (тромбированные мелкие сосуды);
- F 3 Кровотечения нет, чистое дно язвы.



а)



б)

Рис 1. Активное кровотечение Forrest 1А (а) и Forrest 1Б (б).
(<http://propishevarenie.ru/sindromy/klassifikaciya-forrest.html>)



а)



б)

Рис. 2. Состоявшееся кровотечение Forrest 2А, Б (а) и Forrest 2С (б).
(<http://propishevarenie.ru/sindromy/klassifikaciya-forrest.html>)

Диагностический и тактический алгоритм

1. Жалобы:

- нарастающая слабость;
- рвота «кофейной гущей»;
- мелена (дегтеобразный черный жидкий кал).

2. Анамнестические данные:

- указание на язвенную болезнь (в 10-25% случаев – без предшествующих клинических проявлений).

3. Объективные данные:

- геморрагический синдром: слабость, холодный пот, бледность кожных покровов, тахикардия, шоковый индекс 1 и более;

- признак Бергмана (непосредственно перед кровотечением боли стихают);

- тошнота;

- рвота «кофейной гущей» (при промывании желудка – «кофейная гуща»);

- мелена (дегтеобразный черный жидкий кал или черный кал на перчатке при пальцевом ректальном исследовании).

4. Дополнительные методы исследования:

Лабораторные показатели:

- снижение количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита.

Инструментальные данные:

- фиброгастродуоденоскопия:

– выявление язвенного дефекта и определение интенсивности кровотечения по классификации Forrest.

Лечение

Язвенное кровотечение является условно абсолютным показанием к оперативному лечению. Остановку кровотечения следует начинать с консервативных мероприятий (физические, медикаментозные способы).

Наиболее эффективно: фиброгастродуоденоскопия с применением комбинированных методов гемостаза; физических (обкалывание электрокоагуляция и т.д.), химических (орошение различными прижигающими растворами), механические (клипирование, лигирование). *При неэффективности консервативных мероприятий применяется оперативное лечение.*

Варианты оперативного лечения:

- прошивание сосудов в язве с пластикой слизисто-подслизистым лоскутом;
- иссечение язвы с ушиванием;
- секторальная резекция желудка;
- резекция желудка по одному из классических способов.

ГЛАВА 2.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ. ЗАБОЛЕВАНИЯ СИМУЛИРУЮЩИЕ «ОСТРЫЙ ЖИВОТ»

Осложнения острого аппендицита:

- аппендикулярный инфильтрат;
- периаппендикулярный абсцесс;
- межкишечный, поддиафрагмальный или тазовый абсцесс;
- пилефлебит;
- сепсис.

Диагностический и тактический алгоритм

1. Жалобы:

- боль (перемещающаяся из эпигастрия в правую подвздошную область, постепенно усиливающаяся вплоть до интенсивной, без иррадиации, с наибольшей болезненностью в точке Мак-Бурнея);
 - тошнота;
 - рвота (одно-, двухкратная содержимым желудка);
 - септический синдром (повышение температуры, слабость, потливость, тахикардия в прямой зависимости от выраженности деструкции).

2. Анамнестические данные:

- симптом Кохера-Волковича (смещение боли из области эпигастрия в правую подвздошную область);
- симптом Кюммеля (смещение боли из области пупка в правую подвздошную область).

3. Объективные данные:

Симптомы общие:

- симптом Щеткина-Блюмберга (усиление болезненности, которая отмечается при резком отдергивании руки после продавливания брюшной стенки, перитонеальный симптом не специфичен для острого аппендицита);

- симптом Раздольского (зона перкуторной болезненности с определением ее размеров в сантиметрах – зона Раздольского);
- асимметричность брюшной стенки при дыхательной экскурсии.

Патогномоничные:

- симптом Воскресенского (симптом «скольжения» или «рубашки»);
- симптом Ровзинга (усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на брюшную стенку в левой подвздошной области);
- симптом Образцова (усиление боли в правой подвздошной области при поднятой выпрямленной правой нижней конечности);
- симптом Ситковского (появление боли в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок);
- симптом «Ситковского наоборот» (усиление болей в правой половине живота у беременной женщины при повороте ее на правый бок);
- симптом Бартомье-Михельсона (усиление болей при пальпации правой подвздошной области в положении на левом боку);
- симптом «смещения отростка» (усиление болей в правой половине живота при поднятии и резком опускании отвисающей брюшной стенки в положении больного на левом боку);
- симптом Коупа (усиление болей при переразгибании нижней конечности в тазобедренном суставе или при ротации наружи правой стопы).

4. Дополнительные методы исследования:

Лабораторные показатели:

- лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, лимфопения, ускоренная СОЭ.

Инструментальные данные:

- УЗИ:
 - при наличии деструктивного воспаления червеобразный отросток может визуализироваться – симптом «Кокарды» (увеличение диаметра

червеобразного отростка до 8-10 мм и более (в норме 4-6 мм), утолщение стенок до 4-6 мм и более (в норме 2 мм), что в поперечном сечении дает характерный симптом);

- лапароскопия:

- воспалительные изменения отростка, соответствующие конкретной патолого-анатомической форме,

- гиперемия париетальной брюшины,

- выпот (серозный, фибринозный, геморрагический, гнойный);

- диагностическая лапаротомия:

- проводится при неэффективности всех методов диагностики.

Заболевания, симулирующие «острый живот»

Плеврит — разлитые боли в животе.

Нетипичные пневмонии — боли в эпи- и мезогастрии, напряжение брюшной стенки, рвота, вздутие живота, паралитическая кишечная непроходимость, появление перитонеальных симптомов.

Абдоминальная форма острого инфаркта миокарда — острая внезапная боль в эпигастрии с иррадиацией в грудную клетку слева, рвота (рефлекторная), напряжение брюшной стенки (не всегда), повышение температуры.

Аддисонова болезнь (надпочечниковая недостаточность) — боли в животе, тошнота, рвота, поносы, отсутствие аппетита.

Острая порфирия — острые боли в животе с меняющейся локализацией, тошнота, обильная рвота, парез кишечника, жидкий стул, тахикардия, повышение температуры до 38-38,5°, слабо выраженное напряжение и болезненность брюшной стенки, переход болей в поясничную область.

Острый лейкоз — боли в животе.

Заболевания и повреждения нервной системы — опухоли мозга, энцефалит, острый миелит, рассеянный склероз, черепно-мозговая травма, истерия, повреждения позвоночника, спинная сухотка.

Острые гинекологические заболевания — внематочная беременность, перекрут кисты яичника, разрыв кисты яичника, менструальные боли, овуляторная колика, острое воспаление придатков матки

Опоясывающий лишай — колющие боли иррадируют вдоль межреберных нервов, умеренно выраженная болезненность и напряжение брюшной стенки, температура до 37-38°.

Болезнь Шенлейн-Геноха — боли схваткообразные с меняющейся локализацией, напряжение мышц передней брюшной стенки, рвота обильная и упорная, задержка стула (с последующей «меленой»).

Узелковый периартериит — острая боль в животе, повышение температуры, лейкоцитоз.

Ревматический перитонит — разлитые боли (в правой подвздошной области, реже – в эпигастрии и правом подреберье).

Пищевые отравления — боли в животе, тошнота, рвота, резкая слабость, частый стул, адинамия.

Почечная недостаточность — боли в животе внезапно, тошнота, рвота, чувство жжения в эпигастрии, язык сухой, обложен, живот вздут, иногда симптомы раздражения брюшины.

Сахарный диабет — острые боли в животе, тошнота, рвота, напряжение брюшной стенки, тахикардия.

Острая гепатомегалия — чувство тяжести и боли в правом подреберье.

Инфекционный мононуклеоз — боли в животе (из-за увеличения брызжеечных лимфоузлов).

Отравление свинцом — схваткообразные боли в области пупка и эпигастрии, тошнота, рвота, запоры, олигурия, диффузная болезненность брюшной стенки без напряжения.

ГЛАВА 3.

ОСТРЫЙ ПЕРИТОНИТ

Перитонит – это патологическое состояние, осложняющее течение первичного патологического процесса, травмы либо заболевания, приведшего к образованию источника – воспалительной или травматической деструкции органов брюшной полости (рис. 3).

Основными этиологическими факторами развития перитонита являются:

- острые хирургические заболевания органов брюшной полости (80%);
- закрытые травмы живота (4-6%);
- осложнение после операции (12%).

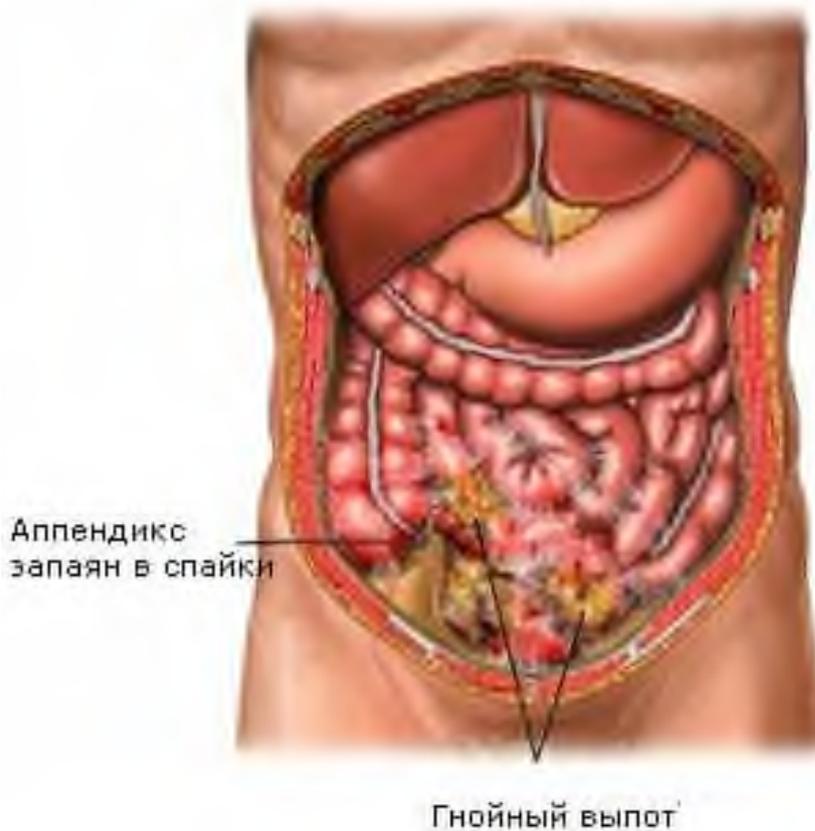


Рис. 3. Распространение воспалительного процесса на брюшину (перитонит) при остром аппендиците. (<https://okeydoc.ru/simptomu-i-lechenie-peritonita/>)

Классификация

По стадии перитонита:

- реактивная – до 24 часов (до 6 часов)*, преобладание местных, локальных симптомов над общими. Летальность – 6-7%;
- токсическая – до 24-72 часов (до 10-12 часов)*, преобладание общей симптоматики над местной. Летальность – 30-50%;
- терминальная – свыше 72 часов (более 12 часов)*, клиника септического шока. Летальность – 80-100%.

По распространенности (В.Д. Федоров, 1974):

- местный перитонит, т. е. не имеющий тенденции к дальнейшему распространению на другие отделы брюшной полости:
 - отграниченный (инфильтрат, абсцесс),
 - неотграниченный (отграничивающих сращений нет, но процесс локализуется не более чем в двух из девяти анатомических областей);
- распространенный перитонит:
 - диффузный (брюшина поражена на значительном протяжении, но процесс охватывает менее чем два этажа брюшной полости, т. е. от двух до пяти анатомических областей),
 - разлитой (поражены более чем два этажа брюшной полости, т. е. почти вся брюшина),
 - общий (тотальное воспаление всего серозного покрова органов и стенок брюшной полости).

По характеру экссудата:

- серозный;
- серозно-фибринозный;
- серозно-геморрагический;
- гнойный;
- гнойно-серозный;

* при перфорации полых органов

- желчный;
- мочевой;
- каловый.

По бактериальной флоре:

- стрептококковый;
- стафилококковый;
- гонококковый;
- пневмококковый;
- кишечная палочка;
- анаэробный.

Диагностический и тактический алгоритм

1. Клинические проявления:

- нарастание тяжести состояния пациента;
- явления эндогенной интоксикации;
- боли в животе;
- нарастающая слабость;
- рвота.

2. Объективные данные (при перфорации полых органов):

- «кинжальная» боль (симптом Дзельфауа);
- «доскообразный» живот или симптом Краснобаева (локальное напряжение мышц живота);
 - симптом Жобера (уменьшение или исчезновение печеночной тупости);
 - симптом Щеткина-Блюмберга (при локализованных процессах);
 - симптом Раздольского с измерением зоны Раздольского;
 - симптом Менделя (сравнительная перкуссия брюшной стенки кончиками пальцев);
 - симптом Бейли (извращенный торако-абдоминальный тип дыхания – при вдохе живот втягивается);

- симптом Гефтера-Шипицина (шум плеск в животе при покачивании больного за тазовые кости);
- симптом «лицо Гиппократа»;
- симптом «ваньки-встаньки» (симптом Розанова) – больной восстанавливает исходное положение тела после попытки его изменения;
- нарастающая гиповолемия;
- динамическая кишечная непроходимость.

3. Дополнительные методы исследования:

Лабораторные показатели:

- лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево;
- электролитные нарушения;
- гиповолемия;
- полиорганная недостаточность (в токсическую или терминальную стадии).

Инструментальные данные:

- УЗИ: определение жидкости в брюшной полости;
- рентгенологические исследования (рис. 4):
 - свободный газ под правым куполом диафрагмы (при «прободных» перитонитах),
 - чаши Клойбера, уровень жидкости в брюшной полости (на поздних стадиях),
 - релаксация диафрагмы;
- лапароскопия:
 - изменение брюшины (признак воспаления),
 - жидкость в брюшной полости.



Рис.4. Рентгенологические признаки перитонита.
(<https://studfiles.net/preview/1661112/page:5/>)

Осложнения перитонита

1. Интраабдоминальные:

- нагноение послеоперационной раны;
- эвентрация;
- инфильтрат брюшной стенки;
- абсцессы брюшной полости (поддиафрагмальный, межкишечный и малого таза);
- кишечные свищи.

2. Экстраабдоминальные:

- нозокомиальные инфекции;
- абдоминальный компартмент-синдром (синдром высокого внутрибрюшного давления);
- абдоминальный сепсис.

Абдоминальный сепсис – это системная воспалительная реакция организма в ответ на развитие инфекционного процесса в органе брюшной полости, характеризующаяся сочетанием полиорганной недостаточности и эндотоксикоза.

Абдоминальный сепсис чаще возникает при многоочередных крупномасштабных и распространенных источниках деструкции и инфицирования брюшной полости и забрюшинного пространства, топография которых сложна для выполнения «идеального» хирургического вмешательства. Для него характерны длительно существующие синхронные (брюшная полость, ЖКТ, забрюшинное пространство) и метахронные (гнояная рана, пневмония, пролежни, катетеры и т.п.) очаги инфекции.

Множественные источники инфицирования при всех формах абдоминального сепсиса обладают мощным интоксикационным потенциалом, включающим активацию медиаторов воспаления, образование вазоактивных субстанций, эндотоксинов, продуктов нарушенного метаболизма.

Очаги деструкции и инфекции при абдоминальном сепсисе характеризуются как манифестирующими клинически, так и оккультными формами проявлений.

Для абдоминального сепсиса характерно быстрое развитие потенциально «фатальных» проявлений септического шока и не поддающейся полиорганной недостаточности.

Хирургическое лечение перитонита

Перитонит является абсолютным показанием для экстренной операции, причем более 85% успеха лечения перитонита – это оперативное вмешательство, *задачами* которого являются:

- устранение источника перитонита;
- удаление экссудата и инфильтрированного материала;
- механическое очищение брюшной полости, промывание 8-10 л антисептической жидкости (рис. 5);

- декомпрессия и дренирование тонкой или толстой кишки назоинтестинальным зондом – интубатором;

- дренирование брюшной полости;
- закрытие послеоперационной раны.

Лапаростомия – это метод ведения больного с перитонитом в случае нецелесообразности ушивания раны брюшной стенки наглухо.

Показания для лапаростомии:

- критическое состояние пациента;
- обширный дефект брюшной стенки;
- неполная некрэктомия;
- при неуверенности в жизнеспособности оставленных петель кишечника;
- в терминальной стадии перитонита;
- при послеоперационном перитоните на почве несостоятельности швов полых органов и анастомозов;
- при клинической картине анаэробного перитонита;
- при оставленном источнике перитонита (панкреонекроз, неоперабельная опухоль);
- при токсической фазе перитонита с явлениями полиорганной недостаточности.

Плановые санационные релапаротомии – это повторные вмешательства у больных с лапаростомой. Первая релапаростомия производится через 36-48 часов. Обычно выполняется 3-4 санационные релапаротомии с кратностью 40-48 часов.

Задачи плановых санационных релапаротомий:

- контроль герметичности швов полых органов;
- контроль самостоятельности колостом;
- промывание брюшной полости;
- удаление некроза;

- контроль назо-, интестинального интубатора;
- ушивание раны при купировании признаков перитонита и установка дренажей.

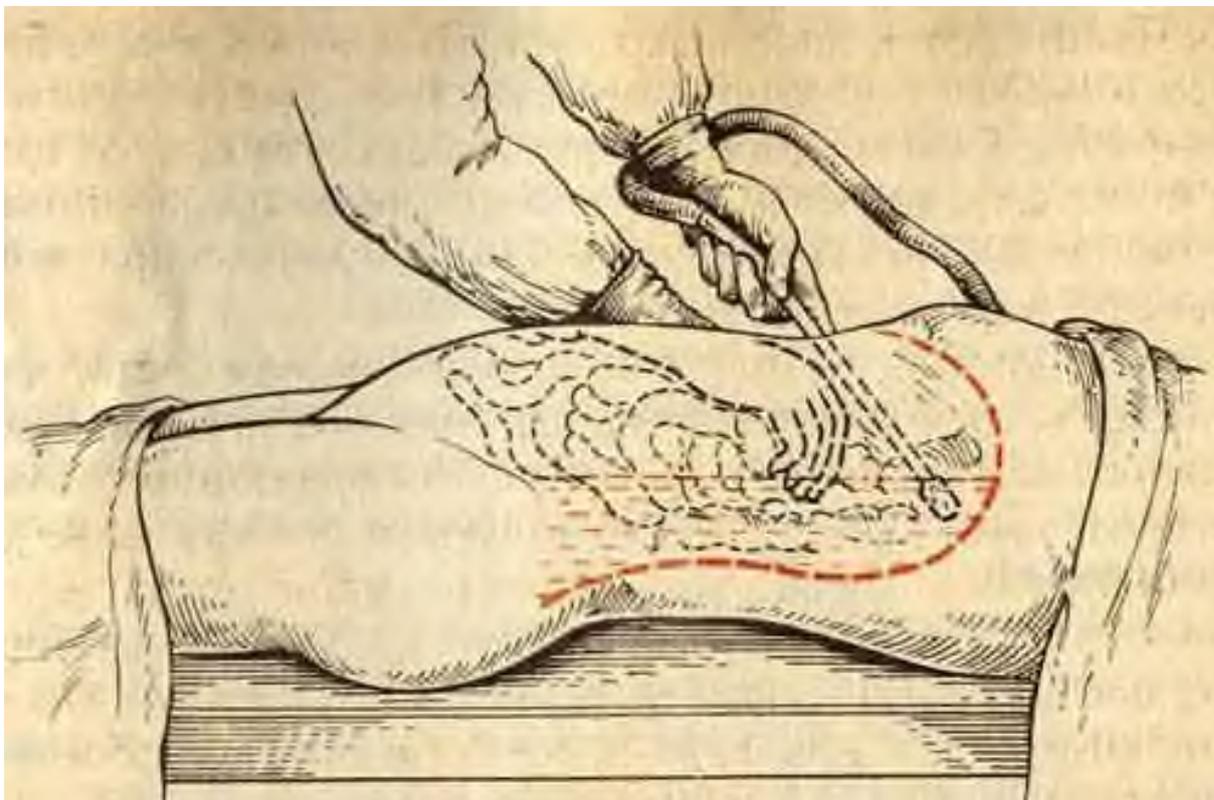


Рис. 5. Санация отлогих мест брюшной полости.
(<http://doctoroff.ru/sanacionnaya-laparoskopiya>)

ГЛАВА 4.

СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШИНЫ

Классификация

По этиологии:

- врожденные (Джексоновская мембрана, связка Лена, связка Мейо и др.);

- приобретенные: послеоперационные (механическая травма брюшины, инфекция брюшной полости, скопление крови в брюшной полости, асептическое воспаление брюшины, вызванное химическими веществами, примененными во время операции, инородные тела, парез кишечника, местная ишемия тканей) и воспалительного происхождения.

По макроскопическому типу (рис. 6):

- плоскостные сращения (на местах соприкосновения органов и тканей);

- перепончатые сращения (мембраны различной толщины и протяженности);

- шнуровидные сращения (спайки в виде тяжей);

- тракционные сращения (спайки в виде тяжей, один конец которого прикрепляется к кишке, другой – к менее подвижному органу);

- сальниковые сращения.

По распространенности:

- ограниченные;

- распространенные;

- сплошные.

По топографии:

- париетальные;

- висцеро-париетальные;

- висцеро-висцеральные.

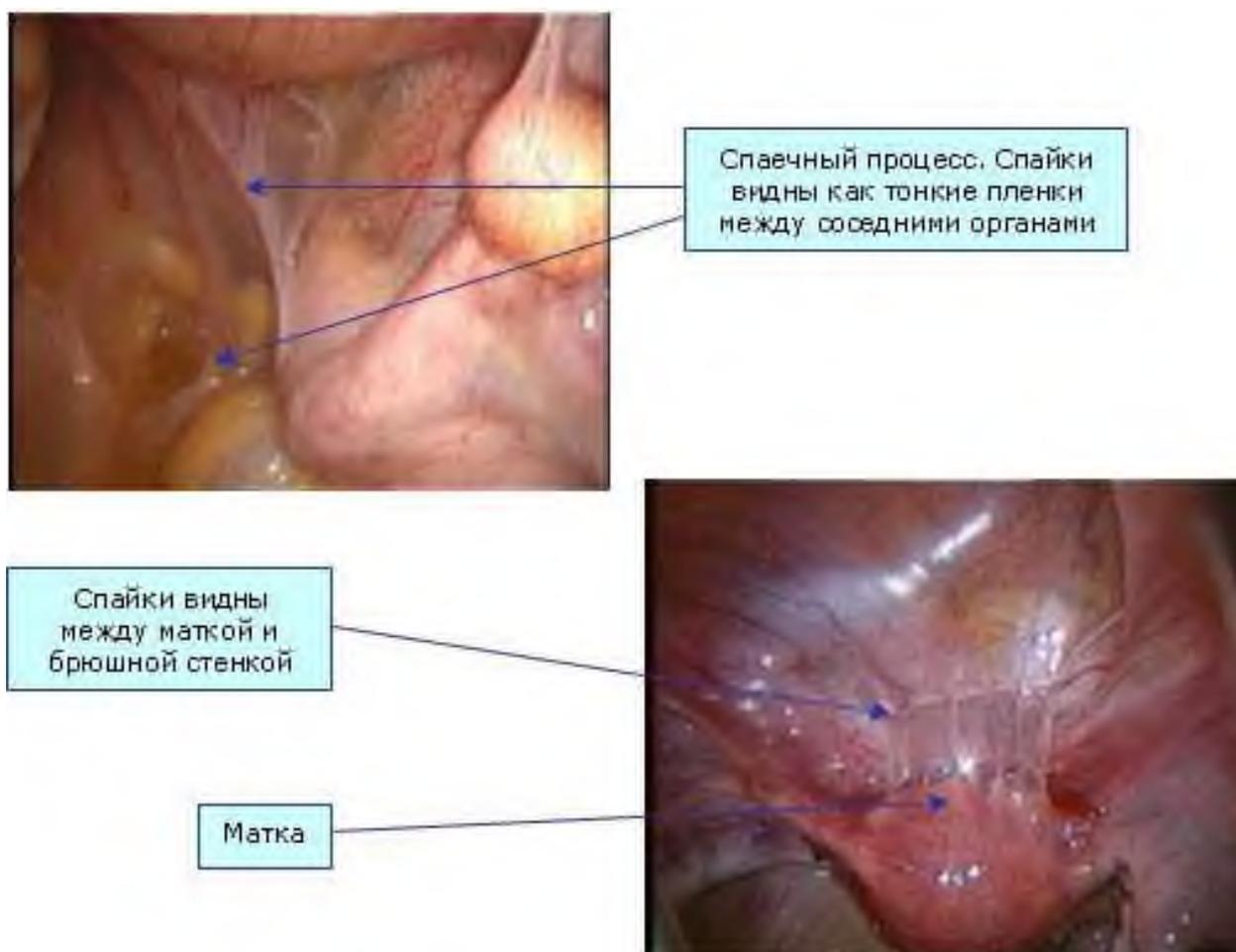


Рис. 6. Типы спаечных сращений.
 (http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/adhesive-disease)

По степени поражения тонкой кишки:

- единичные спайки (вызывающие деформацию тонкой кишки);
- ограниченный спаечный процесс (поражено не более 1/3 тонкой кишки);
- распространенный спаечный процесс (поражено около 2/3 тонкой кишки);
- тотальный (вся тонкая кишка в сращениях).

По клинико-морфологическим особенностям:

- *болевой синдром с дисфункцией органов без приступов непроходимости* — множественные спайки и сращения в любой области брюшной

полости – вызывающие деформацию органов, сдавление просвета кишки. Иногда – конгломерат спаек;

- *острая спаечно-динамическая непроходимость (первый приступ)* - приступ боли в животе возникает впервые, общее состояние не тяжелое. Выделяют две ее фазы: спаечно-динамическая непроходимость гиперкинетического типа (наблюдаются схваткообразные боли, выраженные кишечные шумы). При отсутствии адекватной консервативной терапии – спаечно-кишечная непроходимость гипотонического типа (боли принимают постоянный характер, возникает выраженное вздутие живота, неотхождение газов);

- *рецидивирующая спаечная непроходимость (повторные приступы)* – патологоанатомический субстрат – разнообразные деформации со сращениями тонкой кишки с ее перегибами, сопровождающиеся сужением просвета кишки, постепенно развивается дилатация приводящего отдела, иногда появляется небольшое количество серозного выпота. Характерны частые приступы с периодами ремиссии. Характер течения приступов может быть различным. Имеется нарушение футлярности органа, сужение просвета, выше сужения дилатации;

- *обтурационная спаечная непроходимость (по течению: острая, подострая, хроническая)* - в результате спаечного процесса полностью или частично пережат просвет кишечной трубки, брыжейка кишки не сдавлена, на месте сдавления тяжем возможен очаговый некроз стенки или странгуляционная борозда;

- *странгуляционная спаечная непроходимость* - с нарушениями кровоснабжения – ишемия – некроз.

По клиническому течению болезни (Н.Г. Гатауллин, 1967):

- *латентная форма* – спайки длительное время не проявляют себя клинически, продолжительность латентного периода болезни может варьировать и связана с состоянием компенсаторных возможностей органов,

вовлеченных в спаечный процесс. В последующем брюшинные спайки проявляют себя в виде одной из нижеуказанных форм;

- *спаечная болезнь с преобладанием болевого синдрома* – наиболее распространенная форма. Боли могут сопровождаться различного рода дискинезиями кишечника, чаще носят тупой характер, усиливаются при физической нагрузке, погрешностях в диете, порой протекают по типу спастических болей;

- *спаечная болезнь с преобладанием желудочно-кишечного дискомфорта* – для данной формы характерны дистонические расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта – в виде нарушения аппетита, вздутия кишечника, чаще после пищевой нагрузки, тошноты, рвоты, расстройства стула, как правило, запоры. Болевые ощущения не постоянны и появляются на высоте вздутия;

- *спаечная непроходимость кишечника* – данная форма болезни, как правило, возникает остро, внезапно, с характерной симптоматикой острой кишечной непроходимости и является неизбежным завершением одной из вышеуказанных форм. Относительно редко ее удается купировать консервативными мероприятиями; как правило, данная форма болезни требует экстренного хирургического вмешательства.

Диагностический и тактический алгоритм

1. Анамнестические данные: указание на ранее перенесенные операции на органах брюшной полости, на тупую травму живота, на острые хирургические заболевания, излеченные консервативно (холецистит, панкреатит, болезнь Крона и т.д.).

2. Объективные данные:

- болевой синдром (сопровождающийся дискинезией тонкой кишки);
- эпигастральный синдром (определяется наличием сращений в эпигастральной области, вызывающих нарушение функции желудка);
- перидуоденит (определяется наличием сращений по ходу 12-перстной кишки и желчевыводящих путей, вызывающих вторичный

дуоденостаз, дискинезию желчевыводящих путей, холестаза, острую дуоденальную непроходимость);

- синдром натянутого сальника (возникает при сращениях дистальной части большого сальника, иногда сальник спаивается с послеоперационным рубцом или органом в нижних отделах живота, возникает феномен Кноха: при гиперлордозе усиление болей за счет натяжения сальника, при коленолоктевом положении боли происходят вследствие ослабления натяжения сальника, при ирригоскопии отмечается вогнутая поперечно-ободочная кишка);

- синдром терминальной петли (при сращениях в области подвздошной кишки появляется клиника дискинезии тонкой кишки);

- периколит (при сращениях по ходу толстой кишки, вызывающих ее деформацию и нарушение функции);

- абдоминальный криз (при спайках брюшной полости с ложной клинической картиной «острого живота», причиной которого является чаще всего хронический адгезивный перитонит с аутоиммунным компонентом);

- хроническая гипотония кишечного тракта (характеризуется выраженным вздутием живота, чувством распирания, стойким запором, отсутствием выраженных болей, относительно удовлетворительным состоянием. Патогенез развития синдрома связан с патоморфологическими и функциональными изменениями в вегетативной нервной системе, гибелью нервных клеток в интрамуральных сплетениях, вторичным нарушением баланса желудочно-кишечных гормонов, которые регулируют перистальтику ЖКТ);

- спайки брюшной полости (на фоне послеоперационной вентральной грыжи. Больных беспокоят постоянные боли, усиливающиеся при тряске, могут сопровождаться вздутием живота, увеличением в размерах невправимой грыжи, урчанием, не отхождением газов. Иногда развивается острая кишечная непроходимость);

- спайки брюшной полости и кишечные свищи (кишечные свищи и спаечный процесс брюшной полости взаимно отягощают друг друга. Свищевой ход, являясь источником инфекции, поддерживает течение хронического перитонита, а сращения, вызывая деформацию и нарушение перистальтики отходящих от свища кишечных петель, приводят к усиленной потере кишечного химуса, обезвоживанию, гипопроотеинемии и истощению).

3. Дополнительные методы исследования:

- рентгенологические исследования:
 - чаши Клойбера,
 - симптом фиксации (при наличии выраженного спаечного процесса в петлях тонкой кишки чаши Клойбера не перемещаются при смене положения тела),
 - симптом Керкринга (вздутие тонкой кишки с отечными складками),
 - симптом Штирлина (растянутой и напряженной кишечной петле соответствует зона скопления газов в виде арки),
 - симптом «клюва» (при завороте кишечника),
 - проба Напалкова задержка контраста (сульфат бария).

С целью диагностики спаечного процесса в брюшной полости также возможно применение лапароскопии и наложение искусственного пневмоперитонеума.

Профилактика спаечного процесса во время операции:

- внутрибрюшинное введение пролангированных протеолитических ферментов;
- противовоспалительная и десенсибилизирующая терапия;
- стимуляция перистальтики;
- достаточно широкий доступ;
- при отграничении салфетками фиксация их к апоневрозу, а не к брюшине;
- адекватная релаксация;

- при длительной эвентрации кишечник укрывать влажными теплыми салфетками;

- тщательный гемостаз;

- не засыпать в брюшную полость сухих антибиотиков, для лечения перитонита применять антибиотики только в большом разведении;

- использование только горизонтальных дренажей;

- использование шовных материалов из полимеров;

- перитонизация дефектов брюшины необходима только в случае повреждения всей толщи ЖКТ, когда вероятно пропотевание химуса.

Лечение

- Электрофорез трипсина в сочетании с пирогеналотерапией.

- Десенсибилизирующая терапия.

- Атропин, платифиллин.

- Поясничная или паранефральная блокада.

- Эвакуация из желудка.

- Очистительные клизмы.

- Оперативное лечение после полного комбинированного дообследования и неэффективности консервативных мероприятий.

ГЛАВА 5.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Острая кишечная непроходимость (ОКН) характеризуется нарушением пассажа кишечного содержимого в направлении от желудка к прямой кишке.

Морфо-функциональная классификация кишечной непроходимости

Динамическая (функциональная) непроходимость:

- спастическая;
- паралитическая.

Механическая непроходимость.

По механизму развития:

- странгуляционная (ущемление, заворот, узлообразование);
- обтурационная (обтурация опухолью, инородным телом, каловым или желчным камнем, фитобезоаром, клубком аскарид);
- смешанная (инвагинационная, спаечная).

По уровню препятствия:

- высокая (тонкокишечная);
- низкая (толстокишечная).

Стадии кишечной непроходимости:

- I стадия – острого нарушения кишечного пассажа (переходная – нарушение внутрисстеночной гемодинамики);
- II стадия – глубокие патологические изменения в результате декомпенсированного нарушения моторной функции кишечника;
- III стадия – развитие перитонита.

Паралитическая кишечная непроходимость

Диагностический и тактический алгоритм

1. Жалобы:

- боли в животе (постепенно усиливающиеся, постоянные, без иррадиации);

- рвота «каловая» (кишечным содержимым – при низкой непроходимости);

- задержка стула, неотхождение газов.

2. Анамнестические данные:

Паралитическая ОКН развивается:

- на фоне хирургической патологии органов брюшной полости (внутри- и забрюшинные кровоизлияния, почечная колика, паранефрит, перитонит);

- на фоне экстраабдоминальной патологии (инфаркт миокарда, травмы и воспаления легких, кровоизлияние в мозг, аневризмы, гипокалиемия);

- при нарушении кровоснабжения (тромбоз артерии или вены).

3. Объективные данные:

- симптом Мондора (увеличение живота – «мячеобразный» живот – за счет вздутия кишечника с высоким тимпанитом при перкуссии и ригидность брюшной стенки);

- симптом «гробовой» тишины (отсутствие перистальтических шумов при аускультации);

- симптом Спасокукоцкого (шум падающей капли при аускультации);

- симптом Лотейссена (выслушиваются дыхательные и сердечные шумы при аускультации живота);

- симптом Склярова (шум плеска в кишечнике при толчкообразном сотрясении брюшной стенки).

4. Дополнительные методы исследования:

Лабораторные показатели:

- гиповолемия;

- гипопротеинемия;

- гипо: -калиемия, -натриемия, -кальциемия;

- расстройства сердечно-сосудистой системы.

Инструментальные данные:

- ультразвуковое сканирование:
 - увеличение диаметра петель кишечника (более 3,5 см),
 - отсутствие перистальтики,
 - большое количество жидкости и газа в просвете кишки, «маятникообразное движение» содержимого кишечника.
- рентгенологическое исследование (обзорная рентгеноскопия брюшной полости) (рис. 7):
 - чаши Клойбера,
 - симптом «органых труб»,
 - складки Керкринга.

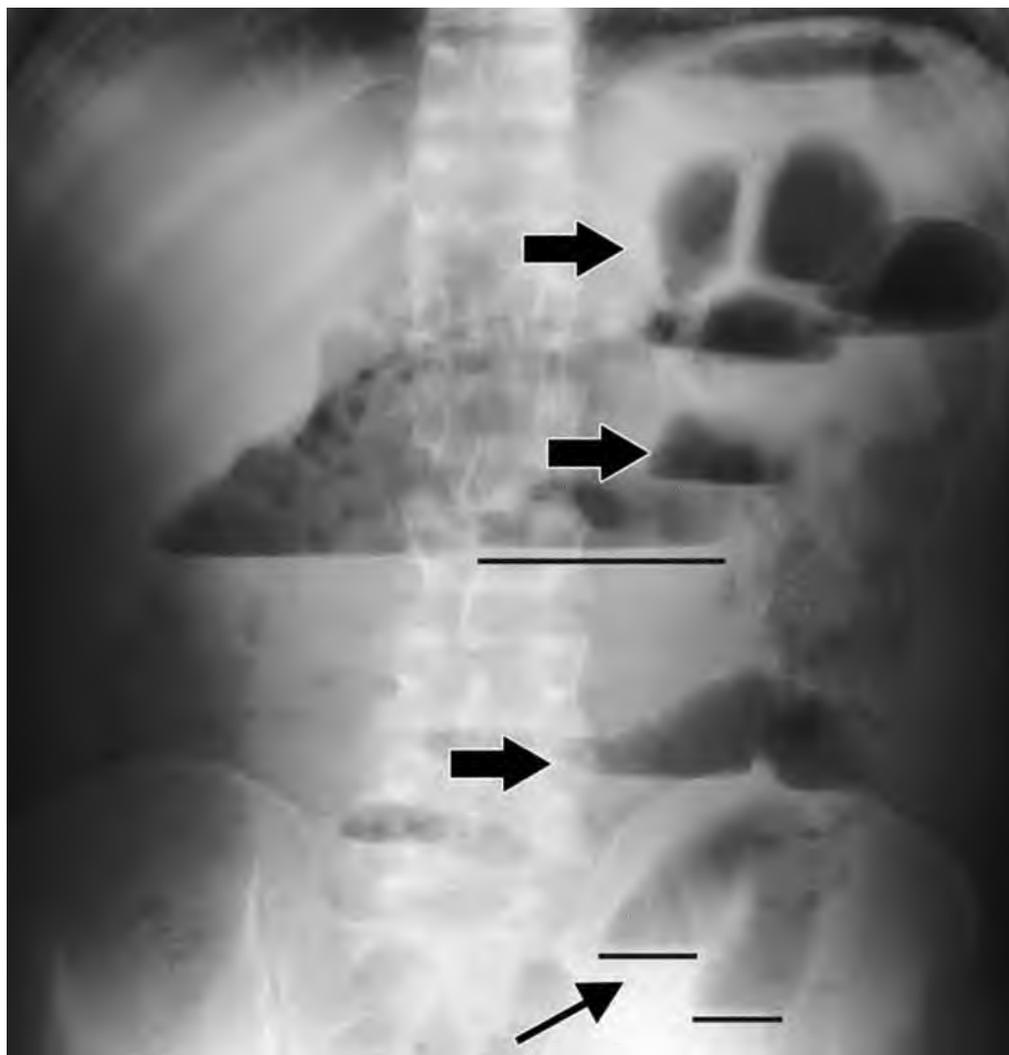


Рис. 7. Рентгенологические признаки ОКН.

(<https://www.klinika29.ru/diseases/ostraya-kishechnaya-neprohodimost/>)

Лечение

- Устранение патологического процесса.
- Активная аспирация желудочного и дуоденального содержимого.
- Инфузионная терапия (коррекция вводно-электролитного баланса и гипопроотеинемии).
 - Снижение угнетающего действия на перистальтику (аминазин, новокаиновые паранефральные блокады).
 - Стимуляция перистальтики кишечника:
 - антихолинэстеразные препараты,
 - гипертонический раствор струйно внутривенно,
 - «раздражающие» микроклизмы,
 - «раздражающие» токи.

При неэффективности – оперативное вмешательство.

Спастическая кишечная непроходимость

Диагностический и тактический алгоритм

1. Жалобы:

- боли в животе (сильные, схваткообразные);
- рвота кишечным содержимым;
- задержка стула и газов.

2. Анамнестические данные.

Спастическая ОКН развивается при интоксикации: свинцовой, морфиновой, аскаридной, при уремии, при порфириновой болезни.

3. Объективные данные:

- живот ладьевидный;
- симптом Шланге (видимая и слышимая перистальтика кишечника на фоне возникающего приступа боли);
- симптом Склярова.

4. Особенности при дополнительных методах исследования:

- мелкие чаши Клойбера (при рентгеноскопии);

- проба Напалкова – задержка контраста на уровне непроходимости (в норме пассаж бария по 12-перстной кишке составляет до 45 мин, средние и дистальные петли тощей кишки исследуют через 1,5-2 часа, подвздошная кишка – через 2-3 часа, переход контраста полностью из тонкой в толстую кишку составляет 7-8 часов).

Лечение

- Спазмолитики.
- Тепло.
- Физиолечение.

Обтурационная кишечная непроходимость

Диагностический и тактический алгоритм

1. Анамнестические данные:

- боли в животе (приступообразные со светлыми промежутками);
- рвота «каловая»;
- задержка стула и газов.

2. Объективные данные:

- симптом Валя (асимметричное выпячивание брюшной стенки, тимпанит, болезненность при пальпации, перистальтические шумы при аускультации);
- симптом Шланге;
- симптом Склярова.

При дистальной обструкции толстой кишки:

- симптом Обуховской больницы (зияние ануса, расширение и запустение ампулы прямой кишки);
- симптом Цеге-Ментейфеля (ограниченная заполняемость кишечника – 300-400 мл).

3. Дополнительные методы исследования:

Лабораторные показатели:

- гиповолемия;
- гипопроотеинемия;

- гипо: -калиемия, -натриемия, -кальциемия;
- расстройства сердечно-сосудистой системы.

4. Инструментальные данные:

- ультразвуковое сканирование:
 - локализованное увеличение диаметра петель кишечника,
 - усиленная перистальтика,
 - скопление жидкости и газа в просвете кишки;
- рентгенологические исследования (обзорная рентгеноскопия брюшной полости):
 - чаши Клойбера,
 - проба Напалкова (при высокой ОКН – задержка пассажа),
 - при ирригоскопии (при низкой ОКН – дефект наполнения или «ампутация» кишки).

Лечение

- Консервативное (включая очистительные или сифонные клизмы).
- Оперативное.

Странгуляционная кишечная непроходимость

Диагностический и тактический алгоритм

1. Жалобы:

- боли в животе (резкие, постоянные, по всему животу с волнообразным усилением на их высоте);
- рвота «каловая»;
- задержка стула и газов.

2. Объективные данные:

- симптом Валя;
- симптом Склярлова;
- симптом Дансе (западение брюшной стенки в правой подвздошной области при смещении слепой кишки в результате вовлечения ее в заворот или узлообразование);

- симптом Тевенера (резкая болезненность при пальпации брюшной стенки в проекции брызжейки тонкой кишки: на 6-8 см ниже пупка по средней линии);

- симптом Обуховской больницы;
- симптом Цеге-Ментейфеля.

3. Дополнительные методы исследования:

Лабораторные показатели:

- гиповолемия;
- гипопроотеинемия;
- гипо: -калиемия, -натриемия, -кальциемия;
- расстройства сердечно-сосудистой системы.

4. Инструментальные данные:

- ультразвуковое сканирование.
- рентгенологические исследования:
 - чаши Клойбера,
 - симптом просветленного живота (при завороте сигмовидной кишки).

Лечение

Экстренное оперативное вмешательство после подготовки больного к операции.

Инвагинация (смешанная кишечная непроходимость)

Классификация

- тонко-тонкокишечная;
- тонко-толстокишечная.

По формированию инвагината:

- антеградные;
- ретроградные.

Инвагинация может вызывать: обтурационную и странгуляционную ОКН.

Диагностический и тактический алгоритм

1. Жалобы: те же что при обтурационной и странгуляционной ОКН.

2. Дополнительные методы исследования:

Особенности:

- симптом «малинового желе» (при пальцевом исследовании прямой кишки кровянистые выделения в виде малинового желе на перчатке);
- симптом «трезубца» или «полулуния» при ирригоскопии.

ГЛАВА 6.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМ ГРУДИ

Повреждения грудной клетки относятся к тяжелым травмам, для них характерна высокая летальность, но при этом и относительно благоприятный прогноз при своевременной доставке пострадавшего в стационар. В мирное время доминируют закрытые повреждения, которые встречаются в 5-6 раз чаще открытых. Летальность не превышает 5-6%. Причины закрытых травм груди — падения, сдавления, удары и т.д. При этом бывает своеобразный вид осложнений — ушибы сердца и легких. При переломах ребра разрывают ткань легкого, образуется эмфизема тканей (не бывает травматического пневмоторакса без эмфиземы).

Классификация травм груди

- Закрытые.
- Открытые (проникающие): ранения колото-резаные, огнестрельные, слепые и сквозные.
 - Неосложненные.
 - Осложненные:
 - пневмоторакс (открытый, закрытый, клапанный, напряженный),
 - гемоторакс (малый, средний, большой),
 - эмфизема (подкожная, медиастинальная),
 - ателектаз легкого,
 - пневмония,
 - респираторный дистресс-синдром,
 - хилоторакс,
 - абсцесс легкого, эмпиема плевры, гнойный медиастенит,
 - тампонада сердца.

Клиника и диагностика

- Возбуждение и страх смерти у пострадавшего.
- Боль на стороне повреждения, усиливающаяся при движениях, с резким ограничением экскурсии, вынужденное положение, отставание одной половины грудной клетки от другой.

- Одышка и затруднения дыхания, цианоз.
- Нарушения гемодинамики, частый слабый пульс.
- Кровохаркание.
- Эмфизема мягких тканей, смещение средостения.

Аускультативно: отсутствие или ослабление дыхания на стороне поражения.

Перкуторно: укороченный звук при гемотораксе, тимпанит при пневмотораксе.

Пальпаторно: эмфизема, крепитация костных отломков.

Обязательна пункция плевральной полости при подозрении на гемоторакс.

Ведущий метод диагностики – рентгенологический, который показывает повреждения костного каркаса, наличие свободных газа или жидкости в полости, смещение средостения, коллапс или ателектаз легкого, эмфизему средостения.

Общие принципы лечения:

- раннее и полноценное дренирование плевральной полости;
- восполнение кровопотери;
- поддержание проходимости дыхательных путей;
- устранение боли;
- стабилизация грудной стенки;
- антимикробная и поддерживающая терапия.

Перелом ребер

- При незначительной симптоматике - наблюдение, бинтование, ненаркотические анальгетики, межреберная блокада, субплевральная блокада.

- «Окончатый» перелом - при множественных переломах нескольких ребер изолированная часть грудной стенки при дыхании движется парадоксально - требуется стабилизация грудной стенки с помощью пулевых щипцов через блоки на специальной раме, специальные пластины с перфорациями или внеочаговом остеосинтезе мест переломов. В крайне тяжелых случаях проводят внутреннюю пневматическую стабилизацию.

Гемо- или пневмоторакс

Лечение: немедленное дренирование плевральной полости.

- При клапанном пневмотораксе переводят его в открытый пневмоторакс, пунктируя плевральную полость толстой иглой типа Дюфо во втором межреберье с фиксацией к коже.

- Закрытый пневмоторакс при общем удовлетворительном состоянии – пункция плевральной полости во втором межреберье с последующим дренированием 5 мм трубкой с подключением к активной аспирации при постоянном разрежении 30-40 мм рт. ст. Во время аспирации контролируют проходимость дыхательных путей (рис. 8).

- Гемоторакс, пневмогемоторакс: обязательное дренирование широким (14-15 мм) дренажом в VII межреберье по среднеподмышечной линии, а также при наличии воздуха – параллельное дренирование во втором межреберье. При малом гемотораксе возможно пункционное ведение, но с обязательным динамическим контролем общего состояния и R-картины плевральной полости (рис. 9).

В случае среднего гемоторакса внутривенная терапия — 1,3-1,5 л кристаллоидов, переливают в день поступления.

В случае большого гемоторакса показана инфузионная терапия в объеме до 2,5 л в день поступления и до 5,5 л за последующие 2-3 суток. Одновременно назначают гормоны, антигистаминные препараты, бронхолитики, сердечные препараты.

В 8-10% случаев у таких больных показана торакотомия. В первые часы после поступления из-за кровотечения, в последующем – из-за стойкого коллапса легкого, свернувшегося гемоторакса (если нет ферментативных препаратов), эмпиема плевры.



Рис.8. Левосторонний пневмоторакс, смещение тени средостения вправо. (<https://radiomed.ru/cases/napryazhennyu-pnevmotoraks-bez-kolapsa-legkogo>)



Рис. 9. Правосторонний гемоторакс (определяется характерное затемнение с уровнем жидкости). (<https://radiomed.ru/cases/napryazhennyu-pnevmotoraks-bez-kolapsa-legkogo>)

Показания к торакотомии: неотложные, срочные и отсроченные торакотомии.

Неотложные:

- оживление пострадавшего (остановка сердца, быстро нарастающий клапанный пневмоторакс, профузное кровотечение);
- ранение сердца и крупных сосудов: рана в проекции сердца, разрыв аорты (обычно сразу дистальнее левой подключичной артерии, у артериальной связки). Срочная аортография и реконструктивная операция, лишь не многие больные доживают до момента госпитализации;
- тампонада сердца: перикардиоцентез для немедленного уменьшения тампонады, затем - операция. Признаки тампонады: резкое снижение

давления, нарушения ритма, приглушение тонов сердца, расширение границ сердца).

Срочные:

- продолжающееся кровотечение (проба Ривелуа-Грегуара), быстрая кровопотеря (300 мл/час);
- продолжающееся кровотечение (более 1 литра в сумме). Наиболее частый источник кровотечения - межреберные сосуды;
- некупируемый клапанный пневмоторакс, чаще всего причина - разрыв бронха с постоянными поступлением воздуха или пневмомедиастинум - восстановление или резекция бронха;
- диафрагма (почти всегда – слева): оперативное восстановление; если не распознано – может сформироваться диафрагмальная грыжа. Торакоабдоминальная травма (особенно – проникающие ранения): высокая летальность, если не распознана; лапароцентез и лаваж будут полезны.

Отсроченные:

- свернувшийся гемоторакс;
- коллапс легкого с упорным пневмотораксом;
- инородные тела более 1 см. в диаметре;
- угроза профузного кровотечения;
- эмпиема плевры.

Повреждение пищевода

Признаки: боль, лихорадка, подкожная эмфизема, медиастиальный «хруст» (симптом Хаммена).

Исследования, подтверждающие диагноз:

- рентгенография грудной клетки - расширение тени средостения или пневмомедиастинум, жидкость в левой плевральной полости;
- рентгеноконтрастное исследование пищевода (нередки ложно - отрицательные результаты).

Лечение: назогастральный зонд.

Оперативное – ушивание повреждения, дренирование средостения.

При позднем выявлении и наличии гнойного процесса наложение гастростомы.

Ушиб легкого

Признаки: примесь крови в мокроте, диспноэ, цианоз, участок затенения легкого на рентгенограмме.

Лечение: ограничение жидкостей, обеспечение адекватной вентиляции легких, санационные бронхоскопии, антибиотикотерапия, большие дозы витаминов С, Р, стероидных гормонов, антигистаминных препаратов, бронхолитики.

Ушиб сердца

Лечение сходно с лечением инфаркта миокарда:

- снятие болевого синдрома;
- сердечные гликозиды;
- нитроглицерин;
- антигистаминные препараты;
- антиаритмические и мочегонные препараты по показаниям.

Медиастинальная напряженная нарастающая эмфизема

Необходимо неотложное дренирование, разрез кожи над рукояткой грудины 3-4 см, рассечение поверхностной и второй фасций, вскрытие межплевротического пространства, клетчатки средостения вдоль трахеи, дренирование с активной аспирацией.

ГЛАВА 7.

ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Грыжей живота называют выходение покрытых париетальной брюшиной внутренних органов из брюшной полости за ее пределы через естественные или искусственные отверстия передней брюшной стенки. От грыжи следует отличать эвентрацию и выпадение.

Эвентрация — выходение органов из брюшной полости через остро развившийся дефект в брюшной стенке без сохранения целостности париетальной брюшины.

Виды эвентраций:

- по происхождению – врожденные, посттравматические, послеоперационные.
- по характеру дефекта брюшной стенки – полные (дефект через все слои) и неполные или подкожные (сохранена целостность кожных покровов).

Выпадение (пролапс) - выходение внутреннего органа, не покрытого брюшиной, или его части через естественное отверстие.

Классификация

По локализации:

- наружные — выходят через отверстия в мышечно-апоневротическом слое передней или задней брюшной стенки и тазового дна (рис. 10):
 - паховые (косые, прямые),
 - бедренные,
 - пупочные,
 - белой линии живота (надчревные, параумбиликальные, подчревные),
 - спигелевой и дугласовой линий,
 - поясничные,
 - запираательные,
 - седалищные,

- промежностные,
- мечевидного отростка и др.;



Рис.10. Наиболее частые места локализации грыж передней брюшной стенки. (<https://www.klinika29.ru/diseases/gryzhi-peredney-bryushnoy-stenki/>)

- внутренние — образуются внутри брюшной полости, в брюшных карманах или проникают в грудную полость через естественные и приобретенные отверстия диафрагмы: внутрибрюшные грыжи; диафрагмальные грыжи.

По степени развития:

- начальные – листок париетальной брюшины и содержимое брюшной полости лишь начинают внедряться в углубление брюшной стенки (пред-брюшинная липома);
- канальные – грыжа в пределах грыжевого канала;
- полные – грыжи, вышедшие под кожу;

- больших размеров – объем грыжевого мешка составляет существенную часть объема брюшной полости.

По происхождению:

- врожденные;
- приобретенные (в том числе послеоперационные, рецидивные, травматические, невропатические).

По клинике:

- вправимые;
- невправимые:
 - полная невправимость,
 - частичная невправимость;
- ущемленные:
 - эластическое ущемление,
 - каловое ущемление,
 - пристеночное ущемление,
 - ретроградное ущемление (грыжа Майдля),
 - ущемление меккелева дивертикула (грыжа Литтре),
 - грыжа Брока;
- воспаление грыжи (со стороны кожи или исходящее из внутренних органов);
 - травмы грыжи;
 - инородные тела грыж;
 - новообразования грыж.

Составные элементы грыжи:

- грыжевые ворота;
- грыжевой мешок (устье, шейка, дно). При скользящих и диафрагмальных грыжах, как правило, грыжевой мешок частично или полностью отсутствует;
- грыжевое содержимое.

Механизмы образования грыж передней брюшной стенки

Предрасполагающие факторы:

- синдром слабости соединительной ткани;
- повреждение нервов, иннервирующих брюшную стенку;
- наличие послеоперационных рубцов.

Производящие факторы:

- все факторы, приводящие к повышению внутрибрюшного давления (тяжёлый физический труд, длительные запоры, затруднённое мочеиспускание и т.д.).

Общие симптомы неосложненных наружных грыж живота:

- наличие грыжевого выпячивания, грыжевых ворот;
- боль в области грыжи;
- нарушение функции органов, составляющих грыжевое содержимое.

Хирургическая операция — единственный способ радикального устранения грыжи. Сложность операции, её травматичность, вероятность осложнений пропорциональна размерам грыжи и давности заболевания. Небольшая грыжа - это, как правило, небольшая, эстетичная операция, хорошо переносимая пациентами. В противоположность небольшим грыжам, лечение гигантских грыж передней брюшной стенки - серьёзная проблема хирургии, требующая в ряде случаев нестандартных и даже рискованных решений. Естественно, что и технологичность, и травматичность подобных операций, и вероятность осложнений увеличивается в разы. Исходя из этого, *показанием к плановому оперативному лечению является:* наличие грыжи передней брюшной стенки, любых размеров, при любых (даже при малых) сроках заболевания. Противопоказания к операции должны быть максимально сужены.

Консервативное лечение (ограничение физической нагрузки, использование бандажа с пелотом или без него) применяется при наличии противопоказаний к операции или категорическом отказе от неё больного.

Противопоказания к плановым операциям:

- абсолютные — тяжёлые сопутствующие хронические заболевания;
- злокачественные опухоли (4-я клиническая);
- относительные (временные) - острые заболевания, беременность.

Осложнённые грыжи подлежат оперативному лечению в неотложном порядке по жизненным показаниям.

Виды оперативных вмешательств при грыжах

- Лапароскопические (предбрюшинные, трансабдоминальные).
- Открытые (традиционный доступ к грыже через разрез над ней).

Виды герниопластики

• Натяжная: в процессе оперативного вмешательства задействованы только собственные ткани организма, они будто натягиваются на место грыжевого выпячивания, создавая дубликатуру.

• Ненатяжная: для закрытия патологического пространства грыжи применяются сетчатые имплантанты и сепарационные методики.

- При отдельных видах операций оба этих вида могут комбинировать.

Этапы плановой операции

- Доступ.

• Ревизия грыжевого мешка: выделение из окружающих тканей, вскрытие и ревизия грыжевого мешка, оценка состояния содержимого грыжевого мешка в прошивание и иссечение (или инвагинация в брюшную полость) грыжевого мешка.

• Пластика грыжевых ворот — ликвидация дефекта мышечно-апоневротического слоя.

В настоящее время доказана эффективность использования ненатяжных методов герниопластики с помощью сепарационных методик и применения дополнительных материалов для пластики, в подавляющем большинстве это сетчатые протезы-импланты.

Классификация трансплантатов

Аутотрансплантаты – собственные ткани реципиента. Использование таких трансплантатов не вызывает иммунного ответа донора. Как правило, это кожа, сухожилия, кости, отдельные участки поджелудочной железы, сосуды. Например, вены могут заменять артерии и при этом со временем уплотняться, «артериализоваться».

Аллотрансплантаты – донорские органы, пересаженные реципиенту от особи одного с ним вида. Именно их используют в большинстве трансплантаций: от роговицы до сердца. Пересадка сопровождается реакцией отторжения и требует постоянного приема иммуносупрессоров для подавления иммунного ответа донора. Кроме трупного донорства в России также существует родственное. Так пересаживают почку, долю легкого, тонкой кишки, печени, поджелудочной железы. В некоторых странах живым донором может стать супруг (так называемое эмоциональное донорство).

Ксенотрансплантаты – донорские органы, пересаженные реципиенту от особи иного вида. Довольно распространена практика замены клапанов человеческого сердца свиными (или из бычьего перикарда). При такой пересадке трансплантаты полностью деиммунизируются (очищаются от донорских клеток), используются только механические свойства ткани. Именно поэтому иммунной реакции отторжения у реципиента не возникает.

Имплантаты (протезы) – искусственно созданные трансплантаты. Нередко заменой кровеносных сосудов становятся синтетические протезы из дакрона, тефлона, тефлон-фторлона, политетрафторэтилена и др. В качестве клапанов сердца также используют механические трансплантаты из металла, углерода и/или синтетических материалов. Замена сердца, трахеи, почки и других органов искусственными – лишь временная мера, позволяющая дождаться донорского органа.

Биоимплантаты – органы, выращенные из собственных клеток реципиента, что позволяет предотвратить возникновение иммунной реакции отторжения. Сейчас во многих клиниках и научных центрах проводятся исследования по выращиванию сердца, почек, легких, печени, менисков, сосудов на основе деиммунизированных каркасов. Но пока речь только об экспериментах на животных.

ГЛАВА 8.

ТРОМБОЗЫ И ЭМБОЛИИ АРТЕРИЙ

Острая артериальная непроходимость (ОАН) – собирательное понятие, которое включает в себя эмболию, тромбоз и спазм артерий. Термин ОАН как объединяющий образ прочно укоренился в практической медицине, поскольку, несмотря на различные причинные факторы и особенности клинического течения, он всегда проявляется острым ишемическим синдромом, связанным с внезапным прекращением или значительным ухудшением артериального кровотока в конечности и вызывающим потенциальную угрозу ее жизнеспособности.

Эмболия – термин, введенный в практику R. Virchow для обозначения ситуации, при которой происходит отрыв тромба от места его первоначального образования, перенос его по сосудистому руслу с током крови и последующей закупоркой артерии.

Острый тромбоз – внезапное прекращение артериального кровотока, обусловленное развитием обтурирующего тромба на месте измененной в результате заболевания (тромбангиит, атеросклероз) или травмы сосудистой стенки.

Спазм – функциональное состояние, развивающееся в артериях мышечного и смешанного типа в ответ на внешние или внутренние провоцирующие моменты (прямая или непрямая травма, переломы, флебит, ятрогенные повреждения - пункции, катетеризации).

Этиология

В 90-96% случаев причиной артериальных эмболий являются заболевания сердца, такие как атеросклеротические кардиопатии, острый инфаркт миокарда и ревматические пороки сердца. Последние статистики от 60 до 70% эмболии связывают с ИБС и ее осложнениями. Примерно в 6-10% случаев причиной эмболии является острая или хроническая аневризма левого желудочка сердца.

Диагностика

Клиническая картина острой артериальной непроходимости чрезвычайно разнообразна и зависит от уровня окклюзии и степени ишемии конечности. В подавляющем большинстве случаев заболевание начинается остро, когда на фоне «полного благополучия» после внезапного начала быстро развивается тяжелая ишемия конечности, нередко приводящая к гангрене.

Острая ишемия конечности

Симптомы:

- Боль в пораженной конечности является в большинстве случаев первым признаком острой артериальной непроходимости. Особенно ярко выражен болевой синдром при эмболиях. Чувство онемения, похолодания, парестезии - патогномоничные симптомы острой артериальной непроходимости.
- Изменение окраски кожных покровов. Почти во всех случаях является бледность кожных покровов. Впоследствии присоединяется синюшный оттенок, который может превалировать. При тяжелой ишемии отмечается «мраморный рисунок».
- Отсутствие пульсации артерий на всех уровнях дистальной окклюзии. Наряду с пальпацией необходимо проводить аускультацию аорты и крупных магистральных артерий. Выявление при этом систолического шума позволяет заподозрить стенотическое поражение проксимально расположенных сосудов, что в свою очередь может принципиально изменить тактику обследования и лечения.
- Снижение температуры кожи, наиболее выраженное в дистальных отделах.
- Расстройства поверхностной и глубокой чувствительности от легкого снижения до полной анестезии. Нарушение чувствительности всегда по типу «чулка».

- Нарушения двигательной функции в конечности характерны для выраженной ишемии и проявляются в виде снижения мышечной силы (парез) или отсутствия активных движений (паралича) сначала в дистальных, а затем и в расположенных проксимальнее суставах вплоть до полной обездвиженности конечности. Болезненность при пальпации мышц наблюдается при тяжелой ишемии и является неблагоприятным прогностическим признаком. Субфасциальный отек голени также встречается лишь при тяжелой ишемии.

- Ишемическая мышечная контрактура представляет собой самый грозный симптом острой артериальной непроходимости и свидетельствует о начинающихся некробиотических явлениях.

Диагностика:

- Ультразвуковое исследование артериального и венозного кровотока.
- Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование.
- Ангиография.
- КТ-ангиография

Клиническая классификация острой ишемии:

1-я степень ишемии характеризуется появлением болей и/или парестезий в покое либо при малейшей физической нагрузке. Подобная ишемия при стабильном течении не угрожает жизнеспособности конечности, поэтому необходимости в экстренных мероприятиях нет.

2-я степень ишемии объединяет ишемические повреждения, угрожающие жизнеспособности конечности, т.е. прогрессирование ишемии неминуемо ведет к гангрене конечности. 2-я степень ишемии характеризуется появлением двигательных расстройств:

- 2А — парез конечности, проявляющийся снижением мышечной силы и объемом активных движений прежде всего в дистальных суставах
- 2Б — паралич, активные движения отсутствуют, подвижность суставов сохранена
- 2В — паралич с субфасциальным отеком, характеризуется дальнейшим прогрессированием процесса ишемии.

Ишемия 3-й степени финальная стадия ишемических повреждений тканей конечностей и прежде всего мышц. Ишемия при этом носит необратимый характер. Клинические проявления:

- 3А - ограниченные, дистальные контрактуры,
- 3Б - тотальная контрактура конечности.

Лечение

Консервативная терапия включает непрерывное внутривенное введение в течение 5 суток:

- гепарина (450-500 ЕД/кг);
- реополиглукина (0,8-1,1 мл/ кг);
- никотиновой кислоты (5 мг/кг);
- трентала (2 мг/кг) в сутки;
- ацетилсалициловая кислота в дозе 100 мг в сутки.

Оперативное вмешательство:

Эмболэктомия:

- прямая (удаление эмбола через доступ непосредственно к зоне острой окклюзии);
- непрямая (удаление эмболов и тромботических масс из артериальных сегментов, расположенных проксимальнее и дистальнее артериотомического отверстия (сосудистым кольцом, либо баллон-катетером);

Распространению метода не прямой тромбэктомии способствовало внедрение в практику баллонных катетеров Фогарти, позволяющих эффективно удалять эмболы и продолженные тромбы через поверхностные, легко доступные артерии, что привело к стандартизации оперативных доступов для эмболэктомии как из нижних, так и из верхних конечностей. *Прямые доступы* к аорте и подвздошным артериям применяют при необходимости одномоментного устранения причины эмболии, например аневризмы аорты или подвздошной артерии, а также при сочетании эмболэктомии с реконструкцией аорто-подвздошного сегмента. Оптимальным доступом для эмболэктомии из подколенной артерии является тибiomедиальный доступ.

ГЛАВА 9

ОСТРЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ

Тромбофлебит (флеботромбоз) – цепь патофизиологических процессов, заключающихся в:

- локальной дисфункции эндотелия,
- замедлении скорости венозного кровотока,
- гиперкоагуляции, которые приводят к формированию тромба в просвете вены (триада Вирхова).

Классификация

По локализации (рис. 11):

Поверхностный тромбофлебит:

- бассейн малой подкожной вены;
- бассейн большой подкожной вены.

Глубокий флеботромбоз:

- подвздошно-бедренный сегмент;
- бедренно-подколенный сегмент;
- вены голени.

По направлению распространения:

- проксимальное (восходящее);
- дистальное (нисходящее).

По характеру тромбоза:

- окклюзивный;
- неокклюзивный: пристеночный, флотирующий (эмболоопасный);

По степени гемодинамических расстройств:

- легкая;
- средняя;
- тяжелая.



Рис. 11. Бассейны тромбозов поверхностных и глубоких вен нижней конечности. (https://www.ayzdorov.ru/lechenie_tromboflebit_chno.php)

Осложнения

- Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).
- Венозная гангрена.
- Посттромбофлебетическая болезнь (хроническая венозная недостаточность).

Острый поверхностный тромбофлебит

Острый поверхностный тромбофлебит (рис. 12) развивается в основных стволах большой и малой подкожных вен или в их ветвях. Является осложнением варикозной болезни, носит название варикотромбофлебита.



Рис. 12. Внешний вид нижней конечности при остром тромбозе. (<http://heal-cardio.ru/2015/06/02/tromboflebit-poverhnostnyh-ven-bedra/>)

Диагностический и тактический алгоритм

1. Жалобы:

- боль по ходу тромбированной вены, усиливающаяся при движении;
- уплотнение в области тромбированной вены;
- покраснение кожи, четко очерченное.

2. Анамнестические данные наличие:

- хронической венозной недостаточности;
- варикозной болезни;
- онкологических заболеваний;
- коагулопатий в анамнезе;
- начало болезни постепенное.

3. Объективные данные:

- субфебрильная температура;
- инфильтрат с четкими краями по ходу большой и малой подкожных вен;

ных вен;

- яркая гиперемия кожи над инфильтратом, иногда с синюшным оттенком, распространяющаяся на 1-2 см вокруг него;
- резкая болезненность при пальпации;
- незначительное увеличение окружности сегмента конечности в области флебита на 1-2 см;
- регионарные лимфатические узлы не увеличены.

4. Дополнительные методы исследования:

Лабораторные показатели:

- общий анализ крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до юных нейтрофилов, повышенная СОЭ, признаки гемоконцентрации);
- гемостазиограмма (признаки гиперкоагуляции).

Инструментальные данные:

- доплерография (позволяет оценить характер и направленность кровотока в глубоких и коммуникантных венах, уровень тромбоза);
- флебография.

Лечение

В основном консервативное:

- постельный режим 1 сутки;
- обязательная эластическая компрессия круглосуточно;
- флеботоники (Детралекс по интенсивной схеме в течении 1 недели, далее по 1 таблетки 2 раза в день в течении 60 дней);
- НПВП (мелоксикам 15 мг в сутки);
- Эскузан по 15 капель 3 раза в день;
- топические препараты: мази и гели для наружного применения, содержащие гепарин (гепароид, гепатромбин, тромблесс).

Показания к оперативному вмешательству:

- гнойный перифлебит (иссечение тромбированного сегмента вены, дренирование гнойной полости);

- восходящий поверхностный тромбофлебит в системе большой подкожной вены, локализующийся на границе нижней и средней трети бедра. (Операция Троянова-Трендельбурга).

Острый глубокий флеботромбоз

Тромбоз глубоких вен нижней конечности может локализоваться в любом ее сегменте. В проксимальных сегментах глубоких вен острые тромбозы протекают наиболее тяжело (рис. 13).

Предрасполагающие факторы:

- ХВН.
- Онкологические заболевания.
- Сахарный диабет.
- Избыточный вес.
- Переломы длинных трубчатых костей.
- Сложные продолжительные оперативные вмешательства.
- Тяжелые патологические роды.
- Вынужденное длительное пребывание в горизонтальном положении.

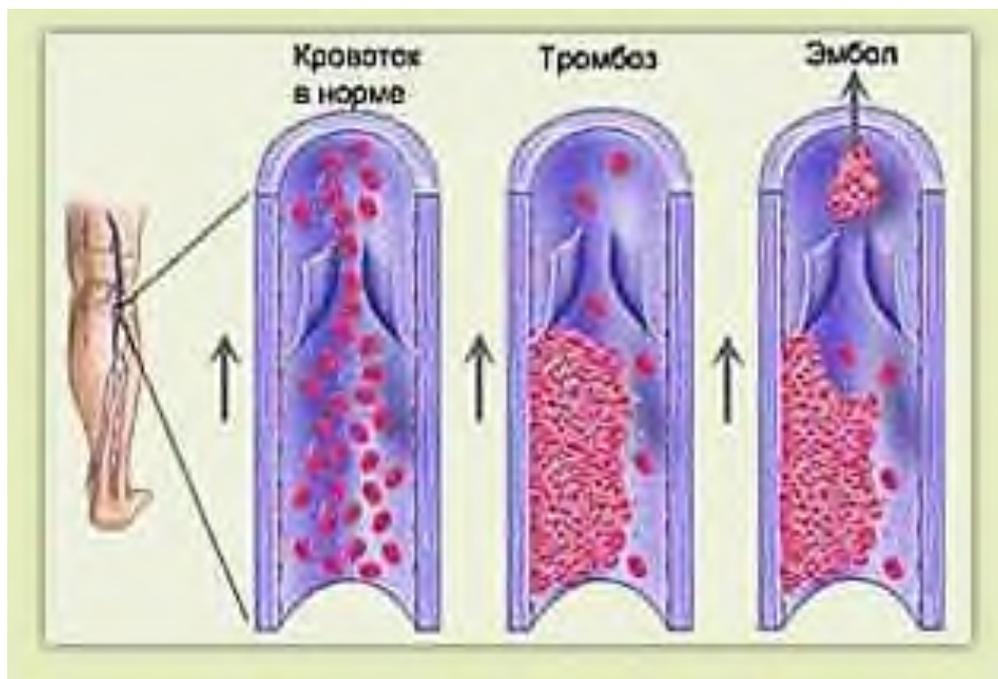


Рис. 13. Механизм формирования тромбоза в просвете вены.

(<http://neosensys.com/bolezni-nog/tromboz-glubokih-ven-nog-priznaki-i-metody-lecheniya/>)

Диагностический и тактический алгоритм

1. Жалобы:

Илеофemorальный сегмент:

- боль сильная, распирающая в области паха, верхней трети бедра, усиливающаяся при малейшем физическом напряжении;
- отек внезапно появляется и быстро распространяется по всей конечности сверху вниз, начинаясь на промежности и до лодыжек;
- температура до 38°C;
- внезапное ухудшение общего состояния.

Бедерно-подколенный сегмент:

- боль острая в области внутренней поверхности нижней трети бедра, подколенной области, икроножных мышцах;
- отек стопы, голени и коленного сустава, внезапно появившейся;
- температура до 38°C;
- ухудшение общего состояния, менее значительное, чем при илеофemorальном тромбозе.

Вены голени:

- боль и чувство тяжести, усиливающееся при ходьбе;
- отек голени, внезапно появившейся;
- субфебрильная температура.

2. Анамнестические данные, наличие:

- хронической венозной недостаточности;
- онкологических заболеваний;
- сахарного диабета;
- избыточного веса;
- переломов длинных трубчатых костей;
- сложных продолжительных оперативных вмешательств;
- тяжелых патологических родов;
- вынужденного длительного пребывания в горизонтальном положении.

3. Объективные данные:

Илеофemorальный тромбоз:

- общее состояние тяжелое, положение вынужденное, малейшее движение вызывает боль в конечности;
- отек быстро нарастающий по всей конечности от лодыжек до ягодиц, усиление рисунка вен через 3-4 дня после начала заболевания, а отек несколько снижается;
- окраска кожи от бледной до цианотичной, кожа напряжена, лоснится;
- резкая болезненность при пальпации по ходу магистральных вен на бедре и паховой области, особенно в скарповском треугольнике;
- симптом Мозеса – появление болей в голени при тыльном сгибании стопы;
- симптом Хоманса – появление болей при тыльном сгибании стопы;
- симптом Ловенберга – усиление болей в икроножных мышцах при использовании манжеты от тонометра при давлении 40-50 мм.рт.ст.

Вены голени:

- общие симптомы выражены меньше по сравнению с илеофemorальным тромбозом;
- отек не выше уровня коленного сустава. Выраженность отека зависит от количества тромбированных вен;
- окраска кожи синюшного цвета, напряжена.
- болезненность при пальпации диффузная;
- симптом Мозеса – появление болей при сдавлении голени на уровне икроножных мышц;
- симптом Хоманса – появление болей при тыльном сгибании стопы;
- симптом Ловенберга – усиление болей в икроножных мышцах при использовании манжеты от тонометра при давлении 40-50 мм.рт.ст.

4. Дополнительные методы исследования:

Лабораторные показатели:

- общий анализ крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до юных нейтрофилов, повышенная СОЭ, признаки гемоконцентрации);
- гемостазиограмма (признаки гиперкоагуляции).

Инструментальные данные:

- доплерография и дуплексное сканирование вен с цветным картированием – позволяет оценить характер и направленность кровотока в глубоких и коммуникантных венах, уровень тромбоза;
- радиоизотопная флебосцинтиграфия;
- флебография – дистальная и проксимальная – позволяет судить о проходимости глубоких вен, уровень, протяженность тромбоза, флотации тромба, оценить состояние клапанного аппарата глубоких и коммуникантных вен.

Лечение

Консервативная терапия на уровне всех сегментов идентична:

- Постельный режим при высоком риске ТЭЛА – эластическая компрессия;
- возвышенное положение конечности;
- активизация на 4-5 сутки только при отсутствии угрозы ТЭЛА;
- внтикоагулянты: начало терапии прямыми антикоагулянтами (гепарин, фраксипарин, клексан), через 10 дней заменяются непрямыми (фенилин, варфарин – стартовая доза от 5 до 10 мг, начинают после достижения состояния гипокоагуляции, продолжительность до 5 месяцев. При достижении уровня МНО 2-3 варфарин отменяют);
- препараты улучшающие микроциркуляцию и реологию крови (реополиглюкин, трентал) – по показаниям;
- противовоспалительная терапия (мелоксикам);
- венотоники (детралекс по интенсивной схеме);

- топические препараты: мази и гели для наружного применения, содержащие гепарин (гепароид, гепатромбин, тромблесс).

Оперативное вмешательство:

- тромбэктомия показана при свежих тромбах (до 72 ч) в бедренно-подколенном сегменте;
- для профилактики ТЭЛА при глубоких тромбозах – САВА фильтр в нижнюю полую вену.

Тромбоэмболия легочной артерии

Тромбоэмболия легочной артерии – одна из важнейших проблем клинической медицины. Уже более ста лет она привлекает внимание исследователей. Интерес к этой проблеме проявляют не только хирурги, но и специалисты других специальностей: терапевты, рентгенологи, патологоанатомы и др., т.к. ТЭЛА является одним из самых катастрофических осложнений, которое внезапно обрывает жизнь многих больных (рис. 14).



Рис. 14. Ангиопульмонография. Тромбоз средних и мелких ветвей легочной артерии слева.

(http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/pulmonary-embolism)

Факторы риска:

- длительный постельный режим;
- послеоперационный период;
- сердечная недостаточность;
- ожирение;
- злокачественные опухоли;
- прием эстрогенов;
- беременность;
- тромбоцитоз после спленэктомии;
- преклонный возраст;
- тромбоэмболические заболевания в анамнезе.

Классификация ТЭЛА

По локализации:

- тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, которая чаще бывает с двух сторон или справа и никогда не приводит к смерти;
- тромбоэмболия долевых и сегментарных ветвей легочной артерии, которая заканчивается смертью около 6% случаев;
- массивная тромбоэмболия легочной артерии, при которой эмбол чаще локализуется в обеих главных ветвях легочной артерии. При массивной тромбоэмболии молниеносная смерть наступает у 60 - 75 % больных. Однако у 35% больных массивной тромбоэмболии предшествует микроэмболии ветвей легочной артерии.

По объему поражения легочного русла:

- массивная - эмболия ствола и главных ветвей легочной артерии;
- субмассивная - эмболия долевых ветвей легочной артерии с выключением более, чем 45%сосудистого русла легких. Эмболия ветвей легочной артерии, которая вызывает суммарное уменьшение перфузии в объеме меньше, чем одно легкое.

По течению заболевания (Н.А. Рзаев):

- I форма – молниеносная, при которой смерть больного наступает внезапно в течение первых 10 минут от острой асфиксии или остановки сердца;

- II форма – острая, с внезапным началом в виде сильных болей за грудиной, затруднением дыхания (больные не могут глубоко вдохнуть) и коллапса. Обычно больные умирают в течение первых суток;

- III форма – подострая, развивается постепенно и проявляется в виде инфаркта легкого. Исход этой формы зависит от основной причины заболевания;

- IV форма – хроническая, не имеет внезапного начала и проявляется симптомами легочно - сердечной недостаточности. Причинами являются чаще тромбозы, чем тромбоэмболии. Клиническое проявление - инфаркты легкого. Исход определяется характером и тяжестью основного заболевания.

Клиническая картина

Наиболее частые симптомы:

- внезапно появившаяся одышка;
- учащенное дыхание;
- бледность;
- чаще цианоз;
- набухание шейных вен;
- тахикардия;
- артериальная гипотензия;
- загрудинные боли, кашель, кровохарканье;
- внезапный цианоз (бывает чаще на лице, верхней части туловища и конечностях).

Лечение

Выбор метода лечения ТЭЛА крайне сложен. Многие считают, что при массивной эмболии может спасти больного только эмболоэктомия из легочной артерии, тогда как при эмболии мелких артерий достаточной эффективной бывает антикоагулянтная либо тромболитическая терапия. Основной целью лечебных мероприятий при ТЭЛА является нормализация перфузии легких и предотвращение развития тяжелой хронической пост-эмболической легочной гипертензии. Восстановление проходимости легочных артерий осуществляется консервативным и хирургическим путем.

Консервативное лечение предусматривает лизис тромбоза и профилактику нарастающего тромбоза и повторной тромбоэмболизации. Обязательным условием проведения тромболитической терапии является надежная верификация диагноза, возможность осуществления лабораторного контроля. Лечение стрептокиназой начинают с внутривенного введения 250000 ЕД препарата за 30 мин, затем в течение 12-24 часов продолжается инфузионная терапия со скоростью 100 000 ЕД/ч. Урокиназа вводится первоначально в дозе 4400 ЕД/кг, затем по 4400 ЕД/кг/ч на протяжении 12 часов. Тканевой активатор плазминогена назначается в дозе 100 мг, который вводится в течение 2 часов.

Эффективность тромболитической терапии оценивается по клиническим и ЭКГ-признакам, по данным повторных исследований перфузионной сцинтиграфии легких и результатам ангиографии. После окончания тромболитической терапии проводится гепаринотерапия. Первоначально вводят в/в струйно 5000-10000 ЕД нефракционированного гепарина. В дальнейшем переходят на непрерывное введение этого препарата в дозе 1300 ЕД/ч или подкожное введение по 5000 ЕД каждые 4ч. Суточная доза должна составлять 30000 ЕД. продолжительность гепаринотерапии составляет 7-10 дней, так как в эти сроки происходит лизис эмбола. Низкомолекулярный гепарин первоначально вводится в дозе 80 ЕД/кг, затем 18 ЕД/кг/ч. Адекватность гепаринотерапии осуществляется путем определения АЧТВ. За 3-5 дней до предполагаемой отмены гепарина назначают антикоагулянты непрямого действия.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Глава 1. Хирургическая тактика

при гастродуоденальных язвенных кровотечениях

1. Гастродуоденальные кровотечения, классификация, выбор тактики лечения.
2. Гастродуоденальные кровотечения, методы остановки кровотечения.
3. Классификация активности кровотечения (по Forrest, 1974).
4. Классификация объема кровопотери.
5. Варианты оперативного лечения гастродуоденальных кровотечений.

Глава 2. Осложнения острого аппендицита.

Заболевания, стимулирующие «острый живот»

1. Синдром «острого живота» в хирургии.
2. Заболевания, симулирующие «острый живот».
3. Осложнения аппендэктомии, классификация, выбор тактики лечения.
4. Ишемическая болезнь органов пищеварения, этиопатогенез, диагностика, лечение.
5. Общие симптомы при осложнениях острого аппендицита.

Глава 3. Острый перитонит

1. Острый перитонит, этиология, патогенез.
2. Острый перитонит классификация, диагностика.
3. Острый перитонит, клинические проявления в зависимости от формы болезни.
4. Острый перитонит тактика лечения.
5. Осложнения острого перитонита.

Глава 4. Спаечная болезнь брюшины

1. Спаечная болезнь брюшины, этиология, патогенез, классификация.
2. Профилактика спаечного процесса до операции.
3. Спаечная болезнь брюшины, клинические проявления в зависимости от формы болезни.
4. Профилактика спаечного процесса во время операции.
5. Спаечная болезнь брюшины методы диагностики, тактика лечения.

Глава 5. Острая кишечная непроходимость

1. Острая кишечная непроходимость этиология, патогенез, клиника, диагностика.
2. Острая кишечная непроходимость, выбор тактики лечения.
3. Обтурационная кишечная непроходимость.
4. Паралитическая кишечная непроходимость. Спастическая кишечная непроходимость.
5. Рентгенологические признаки ОКН.

Глава 6. Диагностика и лечение осложненных травм груди

1. Травмы груди, гемоторакс, этиология, патогенез, диагностика, лечение.
2. Травмы груди, газовый синдром, этиология, патогенез, диагностика, лечение.
3. Травмы груди, хилоторакс, этиология, патогенез, диагностика, лечение.
4. Травмы груди, повреждения сердца, этиология, патогенез, диагностика, лечение. Травмы груди, повреждения трахеи и бронхов.
5. Травмы груди, торакоабдоминальные ранения, этиология, патогенез, диагностика, тактика лечение.

Глава 7. Грыжи брюшной стенки

1. Послеоперационные вентральные грыжи, этиология, патогенез, классификация, осложнения.
2. Грыжи пищевода отверстия диафрагмы.
3. Диафрагмальные грыжи. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
4. Послеоперационные вентральные грыжи, методы исследования, принципы предоперационной подготовки.
5. Послеоперационные вентральные грыжи, выбор метода оперативного лечения.

Глава 8. Тромбозы и эмболии артерий

1. Аневризмы грудной аорты. Этиология. Патологическая анатомия, клиника, диагностика, лечение.
2. Расслаивающиеся аневризмы грудной аорты. Клиника, диагностика, лечение.
3. Аневризмы брюшной аорты. Клиника, диагностика, лечение.
4. Аневризмы периферических артерий. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
5. Острые артериальные тромбозы и эмболии магистральных сосудов. Клиника. Дифференциальная диагностика, лечение.

Глава 9. Острые венозные тромбозы

1. Врожденные венозные дисплазии (флебоангиодисплазии).
2. Острые венозные тромбозы этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Восходящий тромбоз большой подкожной вены, опасности осложнений, диагностика, тактика лечения.
4. Илеофemorальный тромбоз.
5. Острый глубокий флеботромбоз.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Решение тестовых заданий направлено на формирование ок-8, опк-4,5,7.

Выберите один правильный ответ

Глава 1. Хирургическая тактика при гастродуоденальных язвенных кровотечениях

1. СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВЫБЕРИТЕ СОСТОЯНИЯ, ВСЕГДА ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕН-НОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

- 1) перфорация
- 2) пенетрация
- 3) декомпенсированный стеноз привратника
- 4) малигнизация
- 5) профузное желудочно-кишечное кровотечение

Правильным будет:

- а) 1, 4, 5
- б) 1, 3, 5
- в) 1, 5
- г) только 1
- д) все ответы правильные

2. ДЛЯ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) усиление болей в животе
- 2) рвота цвета «кофейной гущи»
- 3) уменьшение болевого синдрома
- 4) симптом Щеткина - Блумберга
- 5) мелена

- а) 1,3,5
- б) 1,2,5
- в) 2,3,5
- г) 2,3,4
- д) 1,2

3. У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ РИСК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ВЫСОК ПРИ

- а) наличии гастродуоденальных кровотечений в анамнезе
- б) стенозе привратника
- в) перфорации язвы
- г) малигнизации
- д) во всех случаях

4. КАКОЙ КОНСЕРВАТИВНЫЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ

- а) переливание небольших доз крови
- б) внутривенное введение препаратов кальция и викасола
- в) прием per os тромбина, плазмина и аминокaproновой кислоты
- г) эндоскопическая аппликация источника кровотечения пленкообразующими препаратами
- д) эндоскопическая коагуляция источника кровотечения

5. У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ РИСК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ВЫСОК ПРИ

- а) перфорации язвы
- б) стенозе привратника
- в) пенетрации язвы в малый сальник
- г) малигнизации
- д) всех случаях

Глава 2. Острый аппендицит и его осложнения.

Заболевания, симулирующие «острый живот»

1. ПИЛЕФЛЕБИТ ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- а) прободной язвы желудка
- б) заворота тонкой кишки
- в) инфаркта тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии
- г) деструктивного аппендицита
- д) распадающейся опухоли слепой кишки с явлениями параколического лимфаденита

2. АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ

- а) в первые двое суток с момента заболевания
- б) на 3-4 сутки с момента заболевания
- в) на 7-9 сутки с момента заболевания
- г) в раннем периоде после аппендэктомии
- д) в позднем периоде после операции аппендэктомии

3. РАЗВИТИЕ ПИЛЕФЛЕБИТА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ ОДНОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

- а) аппендикулярной колике
- б) катаральном аппендиците
- в) флегмонозном аппендиците
- г) флегмонозном аппендиците, протекающем с воспалением брыжейки червеобразного отростка
- д) первичном гангренозном аппендиците

4. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ПРАВОСТОРОННЕЙ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ ВЫ ПРЕДПРИМЕТЕ

- 1) введение спазмолитиков
- 2) введение наркотиков
- 3) срочное исследование мочи
- 4) хромоцистоскопию
- 5) ангиографию почечных артерий

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1,3, 5
- б) 2, 3,4
- в) 3,4,5
- г) 1,3,4
- д) все ответы верны

5. ДЛЯ ПРОБОДНОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

- 1) наличие свободного газа в брюшной полости
- 2) снижение объема циркулирующих эритроцитов

- 3) внезапное усиление болей в животе
- 4) напряжение мышц передней брюшной стенки
- 5) положительный симптом Щеткина-Блюмберга

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1,2,3
- б) 2, 4, 5
- в) 3, 4,5
- г) 1,4,5
- д) все ответы верны

Глава 3. Острый перитонит

1. РАЗЛИТОЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИТОНИТ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, КРОМЕ

- а) перфорации дивертикула Меккеля
- б) деструктивного аппендицита
- в) стеноза большого дуоденального соска
- г) рихтеровского ущемления грыжи
- д) острой кишечной непроходимости

2. КАК УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ДИАГНОЗ ОБЩЕГО ПЕРИТОНИТА ДО ОПЕРАЦИИ

- а) рентгенологически
- б) анамнестически
- в) лабораторным определением признаков воспалительной реакции
- г) по клиническим признакам
- д) по уровню секреции желудочного сока

3. КАКИЕ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА ВЫ ЗНАЕТЕ

- 1) реактивную
 - 2) функциональную недостаточность паренхиматозных органов
 - 3) терминальную
 - 4) токсическую
 - 5) необратимых изменений
- а) 1,2,4
 - б) 2,3,4,5

в) 1,3,4

г) 2,3,4

д) 2,3,5

4. УКАЖИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

а) дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией

б) гемосорбция

в) внутривенный форсированный диурез

г) эндолимфатическое введение антибиотиков

д) локальная внутрижелудочковая гипотермия

5. КАКОЙ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ?

1) подкожно

2) внутримышечно

3) внутривенно

4) внутриартериально

5) внутрибрюшинно

а) 1,2,3,4

б) 2,3,4

в) 1,3,4,5

г) 1,4,5

д) 2,3,4,5

Глава 4. Спаечная болезнь брюшины

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

а) инородные тела

б) желчные камни

в) доброкачественные опухоли

г) спайки брюшной полости

д) злокачественные опухоли

2. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СПЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

- а) ультразвуковая диагностика
- б) наложение пневмоперитонеума
- в) компьютерная томография
- г) рентгенография
- д) ирригография

3. БОЛЬНОЙ 41 ГОДА ШЕСТЬ СУТОК НАЗАД ОПЕРИРОВАН ПО ПОВОДУ ГАНГРЕНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА, ДИФФУЗНОГО СЕРОЗНО-ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИТОНИТА. Сегодня появились схваткообразные боли в животе, рвота, вздутие живота. Консервативное лечение было неэффективным, и больной через 6 часов после боли повторно оперирован. На операции выявлено, что на расстоянии 3,0 м от связки Трейтца тонкая кишка деформирована спайками по типу «двустволки». Проксимальные отделы кишки раздуты, содержат жидкость и газ, дистальные - в спавшемся состоянии. Какой объем оперативного вмешательства необходимо выполнить?

- 1) рассечение спаек;
- 2) интестинопликация по Чайлдс-Филлипсу;
- 3) интестинопликация по Ноблю;
- 4) обходной энтеро-энтероанастомоз;
- 5) назоинтестинальная интубация.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1,2
- б) 1,5
- в) 1,4
- г) 4,5
- д) 3,4

4. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) обзорная рентгенография брюшной полости
- б) лапароскопия

- в) ангиография
- г) гастроскопия
- д) колоноскопия

5. ДЛЯ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) многократная рвота
- 2) сильные постоянные боли в мезогастральной области
- 3) боли в животе схваткообразного характера
- 4) положительный симптом «шума плеска»
- 5) положительный симптом Шимана

Выберите правильное сочетание ответов:

- а) 1, 3, 4
- б) 2, 3, 4
- в) 2, 4, 5
- г) 1, 3, 4, 5
- д) 2, 3, 4, 5

Глава 5. Острая кишечная непроходимость

1. ДЛЯ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ

- а) схваткообразных болей
- б) асимметрии живота
- в) шума плеска
- г) рвоты
- д) симптома Цеге фон Мантейфеля

2. ПРИ ОСТРОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ:

- а) правостороннюю гемиколэктомию
- б) наложение обходного илеотрансверзоанастомоза
- в) подвесную илеостомию
- г) цекостомию
- д) резекцию кишки с опухолью

3. БОЛЬНОЙ 56 ЛЕТ, ОПЕРИРУЕТСЯ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ. Первые признаки непроходимости появились трое суток назад. На операции установлено, что имеется опухоль сигмовидной кишки, полностью обтурирующая просвет. Проксимальнее опухоли ободочная и подвздошная кишка резко раздуты, переполнены жидким содержимым и газами. Дистальнее опухоли сигмовидная кишка в спавшемся состоянии. Видимых метастазов не выявлено. Больному следует произвести оперативное вмешательство в следующем объеме:

- 1) мезосигмопликация по Гаген-Торну
- 2) обструктивная резекция сигмовидной кишки, одноствольная колостомия (операция Гертмана)
- 3) обходной илеосигмоанастомоз "бок в бок"
- 4) назоинтестинальная интубация
- 5) субтотальная колэктомия, энтеростомия

Выберите правильное сочетание ответов:

- а) 1,4
- б) 1,3
- в) 2,4
- г) 2,5
- д) 3,4

4. ПОЯВЛЕНИЕ «ШУМА ПЛЕСКА» ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- а) наличием выпота в брюшной полости
- б) скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
- в) скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
- г) наличием свободного газа в брюшной полости
- д) все перечисленное неверно

5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) обзорная рентгенография брюшной полости
- б) лапароскопия

- в) ангиография
- г) гастроскопия
- д) колоноскопия

Глава 6. Диагностика и лечение осложненных травм груди

1. МОЛОДОЙ МУЖЧИНА ПРИ АВТОКАТАСТРОФЕ УДАРИЛСЯ ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре выраженная болезненность при пальпации 5-7 ребер справа от передне-подмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации ослабление дыхания справа. При перкуссии тимпанит, состояние больного относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов. Ваш предварительный диагноз?

- а) посттравматическая пневмония справа
- б) перелом 5-7 ребер слева
- в) контузия правого легкого
- г) перелом 5-7 ребер справа, травматический пневмоторакс
- д) гематома грудной клетки в области 5-7 ребер

2. ДЛЯ ОСТРОГО ПНЕВМОТОРАКСА НЕ ХАРАКТЕРНА

- а) одышка в покое
- б) болевой синдром вплоть до шока
- в) горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости
- г) тахикардия
- д) изменение перкуторного звука

3. ДЛЯ НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА НЕ ХАРАКТЕРНО

- а) сдавление пораженного легкого
- б) уменьшение венозного притока к сердцу
- в) смещение средостения в пораженную сторону
- г) повышение давления на пораженной стороне
- д) звучное сердцебиение

4. ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА ПОКАЗАНА

- а) пункция перикарда
- б) переливание крови

- в) мочегонные
- г) гемостатическая терапия
- д) антибиотики

5. ТРАВМА ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ НЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- а) к гемотораксу
- б) к вентрикулярной экстрасистолии
- в) к парадоксальной эмболии
- г) к инфарктоподобным изменениям
- д) к разрыву аорты

Глава 7. Грыжи брюшной стенки

1. УКАЖИТЕ ПРИЗНАК НЕХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

- а) грыжевое выпячивание имеет овальную форму
- б) грыжевое выпячивание может спускаться в мошонку
- в) грыжа может быть врожденной
- г) грыжа бывает двухсторонней
- д) одной из стенок грыжевого мешка является забрюшинно расположенный орган

2. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВРОЖДЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) грыжа всегда косая
- 2) вызывает позывы к частому мочеиспусканию
- 3) имеет склонность к частому ущемлению
- 4) грыжа всегда прямая
- 5) невозможность пальпировать яичко, содержащееся в грыжевом мешке

Правильным будет:

- а) 1,2
- б) 4,5
- в) 2,4
- г) 1,5
- д) 2,3

3. В ЭТИОЛОГИИ НАРУЖНЫХ БРЮШНЫХ ГРЫЖ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- а) слабость мышечно-апоневротических образований брюшной стенки
- б) наличие естественных отверстий брюшной стенки
- в) количество родов в анамнезе
- г) тяжелая физическая работа
- д) все перечисленные факторы

4. СКОЛЬЗЯЩАЯ ГРЫЖА — ЭТО

- а) когда грыжевое содержимое проходит через лакунарную связку
- б) когда содержимым грыжевого мешка является Меккелев дивертикул
- в) когда одной из стенок грыжевого мешка является мочевого пузырь
- г) когда содержимым грыжевого мешка является червеобразный отросток
- д) все перечисленное неверно

Глава 8. Тромбозы и эмболии артерий

1. ДЛЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ 1Б СТЕПЕНИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- а) чувство онемения и похолодания в конечности
- б) парастезии
- в) боли в покое
- г) бледность кожи
- д) субфасциальный отек

2. ПРИ ЭМБОЛИИ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- а) нижнесрединная лапаротомия
- б) забрюшинный доступ по Робу
- в) односторонний бедренный
- г) двусторонний бедренный
- д) торакофренолапаротомии

3. СОВРЕМЕННЫМ ИНСТРУМЕНТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ЭМБОЛЭКТОМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) сосудистое кольцо Вольмера
- б) вакуум-отсос
- в) баллонный катетер Фогарти

- г) петля Дормиа
- д) окончатые щипцы Люэра

4. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ МЕЖДУ ОСТРЫМ ВЕНОЗНЫМ И АРТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ УЧИТЫВАЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- а) характера отека
- б) окраски кожи
- в) состояния поверхностных вен
- г) пульсации артерий
- д) пола больного

5. ХАРАКТЕРНЫМ ЭФФЕКТОМ ДЕЙСТВИЯ АНГИОТЕНЗИНА-2 ЯВЛЯЕТСЯ

- а) увеличение продукции альдостерона
- б) увеличение продукции ренина
- в) резкое изменение тонуса сосудов
- г) все верно
- д) все неверно

Глава 9. Острые венозные тромбозы

1. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- а) боли за грудиной
- б) коллапса
- в) удушья
- г) цианоза лица и верхней половины туловища
- д) ослабления дыхания

2. В ОБОСНОВАНИИ ПАТОГЕНЕЗА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЬШЕЕ ПРИЗНАНИЕ ПОЛУЧИЛА ТЕОРИЯ

- а) механическая
- б) гормональная
- в) ангиодисплазий
- г) наследственная
- д) коллагенозов

**3. МАЛАЯ ПОДКОЖНАЯ [СКРЫТАЯ] ВЕНА ОБЫЧНО
РАСПОЛАГАЕТСЯ**

- а) в подкожной клетчатке на всем протяжении задней поверхности голени
- б) в подкожножировой клетчатке в нижней половине голени и между листками глубокой фасции в верхней
- в) между листками глубокой фасции на всем протяжении
- г) субфасциально
- д) между листками глубокой фасции в нижней половине и субфасциально в верхней

**4. ДЛЯ ФЛЕБОТРОМБОЗА ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА
НЕ ХАРАКТЕРНО**

- а) гиперемия кожи бедра в области прохождения вен
- б) отек стопы и голени
- в) распирающие боли в бедре
- г) увеличение объема бедра и голени
- д) цианотичность кожи бедра

**5. СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЗА НИЖНЕЙ
ПОЛОЙ ВЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а) радиоиндикация меченым фибриногеном
- б) ретроградная илиокавография
- в) дистальная восходящая функциональная флебография
- г) сфигмография
- д) ретроградная бедренная флебография

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Решение ситуационных задач направлено на формирование ок-8, опк-4, 5, 7.

Глава 1. Хирургическая тактика при гастродуоденальных язвенных кровотечениях

Задача № 1. Больной 37 лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на, выраженную слабость, головокружение, тошноту, мелькание мушек перед глазами. Заболел утром, когда почувствовал резкую слабость, позывы на стул. Во время дефекации кратковременно терял сознание. Отмечает обильный жидкий стул с большим количеством малоизмененной крови. В анамнезе в течение 5 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. Начало последнего обострения 11 дней назад. Больной бледен, пульс 120 в минуту, АД 80/ 50 мм рт. ст., в крови Эр. – 1.800000, Нг – 75 г/л, дефицит ОЦК составляет 30%.

Вопросы: 1. Диагноз?

2. Что нужно сделать для уточнения диагноза и при каких условиях?

3. Тактика?

Задача № 2. В клинику доставлен больной 44 лет в тяжелом состоянии. Много лет страдает язвенной болезнью желудка. Последние 2 часа беспокоит рвота типа «кофейной гущи». За последние 2 месяца похудел на 12 кг. Больной истощён.

Вопросы: 1. Какое осложнение язвенной болезни наступило у больного?

2. Что следует предпринять?

Глава 2. Острый аппендицит и его осложнения. Заболевания, симулирующие «острый живот»

Задача № 1. У больного пять дней назад появились боли в эпигастральной области, которые затем сместились в правую подвздошную область. Больной принимал тетрациклин и анальгин, обратился к врачу на пятый день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больного удовлетворительное. Температура 37,4°C, пульс – 88 в минуту. В правой

подвздошной области пальпируется образование размером 12х8 см плотноэластичной консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Лейкоциты крови – $1,0 \times 10^{12}/л$.

Вопросы: 1. О каком заболевании можно думать?

2. Какова дальнейшая тактика лечения больного?

Задача № 2. У больной 30 лет на 7-й день после операции по поводу гангренозного аппендицита с тазовым расположением отростка типичным доступом. Диагностирован тазовый абсцесс.

Вопрос: Ваша лечебная тактика?

Задача № 3. Больная 20 лет, 6 дней назад перенесла аппендэктомию по поводу простого аппендицита. На 4-й день температура поднялась до $38^{\circ}C$, появились боли в животе, рвота. Язык сухой обложен. Живот напряжен и резко болезнен в нижней половине. Симптом Щеткина–Блюмберга здесь же положителен. Лейкоцитоз – 25000. Ректально-резкая болезненность передней стенки.

Вопросы: 1. Диагноз?

2. Возможные причины осложнения?

Глава 3. Острый перитонит

Задача № 1. 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».

Вопросы: 1. О каком осложнении прободной язвы свидетельствует операционная находка?

2. Каковы фаза и распространенность процесса?

3. Ваш план оперативного вмешательства?

Задача № 2. Вас вызвала дежурная сестра к больному, у которого внезапно на четвертые сутки после резекции желудка по Бильрот – 2 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 – 95/50 мм рт. ст. язык суховат. Живот умеренно вздут, напряжен и болезнен в эпигастральной и правой подвздошной области, где определяется симптом Щеткина–Блюмберга.

Вопрос: О каком осложнении в раннем послеоперационном периоде можно думать?

Задача № 3. 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 Щеткина–Блюмберга. Пульс – 100 в минуту. Лейкоцитоз – $15,0 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. План обследования для подтверждения диагноза?

3. План лечения?

Глава 4. Спаечная болезнь брюшины

Задача № 1. Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул; 2 года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца. Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум

плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

Вопросы: 1. Какой диагноз можно поставить больной?

2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?

3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.

4. Возможные варианты оперативных вмешательств.

5. Пути профилактики данного осложнения.

Задача № 2. У больной 28 лет вскоре после еды появились резкие боли в животе, которые затем приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы, не было стула, была многократная рвота. Общее состояние средней тяжести, беспокойна, стонет, пульс 80 уд./мин., язык суховат, живот умеренно вздут. В правой подвздошной области старый постаппендэктомический рубец. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника резонирующая. Определяется «шум плеска». При обзорной рентгеноскопии брюшной полости отмечены повышенная пневматизация кишечника и горизонтальные уровни жидкости в мезогастральной области.

Вопросы: 1. Характер заболевания и наиболее вероятная его причина?

2. Как нужно лечить больную?

Задача № 3. У больного во время операции, выполняемой по поводу острой спаечной непроходимости кишечника, обнаружено резкое вздутие тонкой кишки выше места ее сдавления спайкой.

Вопрос: Какова лечебная тактика?

Глава 5. Острая кишечная непроходимость

Задача № 1. Больной 42 лет, оперированный 2 года назад по поводу разрыва селезёнки, поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, частые позывы на рвоту. Боли носят схваткообразный характер. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные, выражено напряжение мышц передней брюшной стенки. Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Есть ли необходимость в дополнительных исследованиях больного?
3. Лечебная тактика?

Задача № 2. Больная 25 лет поступила в клинику с жалобами на схваткообразные, сильные боли внизу живота. Больная беспокойна, стремится изменить положение тела, пониженного питания. Язык влажный. Пульс – 68 в минуту. Живот вздут, мягкий. В правой половине мезогастрия при пальпации определяется плотноэластическое образование 6х8 см. Хирургом приемного отделения поставлен диагноз илеоцекальной инвагинации. Больная экстренно оперирована. Во время операции в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружено продолговатое образование диаметром 5 см, с неровной фрагментированной плотноэластической поверхностью, не связанное со стенкой кишки. Приводящий отдел резко расширен. Ободочная кишка спавшаяся.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Круг дифференциального диагноза?
3. Дополнительные методы исследования? Тактика лечения?

Задача № 3. Больной Н. 32 лет находится на лечении в травматологическом отделении по поводу компрессионного перелома позвоночника без неврологических нарушений. Из анамнеза: трое суток назад упал с высоты 3 этажа. Жалобы на отсутствие отхождение стула и газов в течение трёх дней, вздутие живота, умеренные боли в животе. Состояние средней степени тяжести. Ps – 72 в 1 мин. Живот умеренно вздут, ассиметрии нет, в акте дыхания участвует. При пальпации мягкий, равномерно болезненный во всех отделах. Перитонеальных знаков и мышечного напряжения нет.

Вопросы: 1. Диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести?
4. Лечебная тактика?

Глава 6. Диагностика и лечение осложненных травм груди

Задача № 1. Больной 25 лет болен в течение 7 дней правосторонней пневмонией. Внезапно состояние ухудшилось. Появилась одышка до 80 в мин., цианоз, хрипящее дыхание. Температура 37,5. Правая половина грудной клетки вздута. Перкуторно справа – коробочный звук, аускультативно здесь же – дыхание не прослушивается.

- Вопросы:* 1 Предварительный диагноз?
2. План обследования и лечения?

Задача № 2. У юноши 16 лет в анамнезе с рождения рецидивирующая пневмония. Отмечается постоянный, влажный кашель с выделением гнойной мокроты. Юноша бледен, пониженного питания, правая половина грудной клетки запавшая в дыхании не участвует. Перкуторно над правой половиной грудной клетки укорочение легочного звука. Аускультативно слева дыхание пуэрильное, справа ослаблено, выслушиваются влажные хрипы. Средостение смещено вправо.

- Вопросы:* 1. Предварительный диагноз?
2. План обследования и лечения?

Задача № 3. Больной Н. 27 лет, поступил в госпиталь в крайне тяжелом состоянии 25 мая 1942 года, на 3 день после ранения груди осколком гранаты. В области третьего межреберья слева рана величиной 1x1 под струпом. Отмечается одышка, цианоз, одутловатость лица. Температура 39, пульс 120 ударов в 1 мин., аритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление 90 на 60 мм рт. ст. На рентгенограмме определяются симптомы гидроперикарда. Лейкоцитоз 14000, резкий сдвиг влево.

- Вопросы:* 1. Поставьте диагноз.
2. Укажите на возникшее осложнение.
3. Составьте план лечения.

Глава 7. Грыжи брюшной стенки

Задача № 1. У больного 46 лет, поступившего в стационар через 6 часов от момента ущемления паховой грыжи, произошло ее самопроизвольное вправление. Хирург решил выполнить грыжесечение с пластикой

пахового канала. При этом во время операции не удалось детально осмотреть органы брюшной полости, но прилежащие к шейке грыжевого мешка петли тонкого кишечника не изменены, выпота в брюшной полости нет. Операция прошла без осложнений. На следующий день больной жаловался на вздутие и боли в животе, температура поднялась до 38С, но эти явления были расценены как реакция и послеоперационный парез. Однако к концу дня стало ясно, что у больного развился перитонит.

- Вопросы:*
1. Какова причина перитонита?
 2. Какая тактическая ошибка была допущена хирургом?
 3. Тактика дальнейшего лечения?

Задача № 2. К Вам на прием обратилась больная 40 лет, которая жаловалась на наличие острых болей в левой паховой области, возникших около 3 часов назад. При осмотре в этой области определяется овоидной формы плотноэластическое образование размером 5х6 см, болезненное. Образование расположено ниже пупартовой связки. Температура нормальная.

- Вопросы:*
1. Ваш диагноз?
 2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
 3. Какова тактика лечения?

Задача № 3. Больной 30 лет оперирован по поводу ущемленной паховой грыжи. При вскрытии грыжевого мешка было обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые по внешнему виду жизнеспособны.

- Вопросы:*
1. Характер ущемления тонкой кишки?
 2. Что необходимо проверить в ходе операции?
 3. Ведение послеоперационного периода?

Глава 8. Тромбозы и эмболии артерий

Задача № 1. Через сутки от начала заболевания в приемное отделение доставлен больной 53 лет. При поступлении предъявлял жалобы на сильные боли в левой ноге, постоянного характера, появившиеся внезапно на фоне относительного благополучия. Состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени до уровня верхней трети бледные, холодные на ощупь, с «мраморным рисунком». Отеков нет, активные движения в суставах пальцев сохранены, пульсация на подколенной и артериях

стопы отсутствует. Из анамнеза жизни известно, что больной около года назад перенес инфаркт миокарда, имеется мерцательная аритмия.

Вопросы: 1. Ваш предположительный диагноз?

2. Что, по Вашему мнению, могло явиться причиной возникновения данного заболевания?

3. Как Вы будете лечить больного?

Задача № 2. У больного 67 лет, страдающего гипертонической болезнью, при осмотре обнаружено опухолевидное образование в мезогастринии слева размерами 12x10x7 см, плотное на ощупь, неподвижное, пульсирующее.

Вопросы: 1. Наличие какого заболевания можно предположить у больного?

2. Какие дополнительные методы исследования можно провести больному?

3. Ваша лечебная тактика?

Задача № 3. Больной 60 лет обратился к врачу с жалобами на интенсивные боли в правой голени в покое и усиливающиеся при ходьбе. Эти явления появились внезапно 2 месяца назад и постепенно прогрессировали. При осмотре выявлено, что кожа правой стопы имеет цвет слоновой кости, на ощупь холоднее, чем слева. Симптом «плантарной ишемии» положительный. Пульс на подколенной артерии и ниже не определяется.

Вопросы: 1. Ваш предположительный диагноз?

2. Тактика ведения больного?

3. Варианты возможной тактики лечения в стационаре?

Глава 9. Острые венозные тромбозы

Задача № 1. Больная 48 лет обратилась к врачу с жалобами на ощущение тяжести, полноты в ногах, быструю их утомляемость при длительном стоянии или ходьбе. Эти явления довольно быстро проходят после того, как больная принимает горизонтальное положение. Болеет в течение 11 лет. При обследовании выявлено резкое расширение поверхностных вен левой голени и бедра с выраженной пигментацией и трофическими нару-

шениями кожных покровов в дистальных отделах конечности. Там же отмечается пастозность и небольшой отек.

- Вопросы:* 1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие функциональные пробы следует выполнить?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Лечение?

Задача № 2. Больная 42 лет поступила с жалобами на боли по ходу варикозно-расширенных вен по медиальной поверхности верхней трети правой голени, нижней и средней трети бедра, общее недомогание, повышение температуры до 37.6°C. Больна вторые сутки. Процесс начался после ушиба голени и быстро распространяется кверху. Варикозное расширение вен 18 лет. При осмотре: выраженное варикозное расширение вен системы большой подкожной вены без признаков трофических нарушений, гиперемия и припухлость по ходу вены, Пальпаторно – повышение кожной температуры и болезненное уплотнение на всем протяжении. Сформулируйте развернутый диагноз.

- Вопросы:* 1. В чем опасность осложнения и представляет ли оно угрозу жизни больного?
2. Какой должна быть тактика поликлинического хирурга и дежурного хирурга стационара при поступлении такого больного?

Задача № 3. У больной 48 лет с острым тромбофлебитом левой нижней конечности, находящейся на лечении в стационаре и не соблюдающей строгого постельного режима, внезапно на фоне полного благополучия появились резкие боли за грудиной, одышка, нехватка воздуха, головокружение.

- Вопросы:* 1. Какой диагноз можно поставить больной?
2. Какова тактика лечения?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ И СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Тестовые задания

Глава 1 «Хирургическая тактика при гастродуоденальных язвенных кровотечениях»

1. в; 2. в; 3. а; 4. д; 5. в.

Глава 2 «Острый аппендицит и его осложнения. Заболевания, симулирующие «Острый живот»

1. г; 2. б; 3. д; 4. г; 5. в.

Глава 3 «Острый перитонит»

1. в; 2. г; 3. в; 4. в; 5. д.

Глава 4 «Спаечная болезнь брюшины»

1. г; 2. б; 3. б; 4. а; 5. а.

Глава 5 «Острая кишечная непроходимость»

1. д; 2. г; 3. в; 4. б; 5. а.

Глава 6 «Диагностика и лечение осложненных травм груди»

1. г; 2. в; 3. в; 4. а; 5. в.

Глава 8 «Тромбозы и эмболии артерий»

1. д; 2. г; 3. в; 4. д; 5. в.

К главе 9 «Острые венозные тромбозы» ок-8,опк-4,5,7.

1. д; 2. г; 3. б; 4. а; 5. а.

Ситуационные задачи

Глава 1.

Задача 1. Перфорация «немой» язвы желудка или 12-перстной кишки. Симптом «серпа» свидетельствует о наличии свободного газа в брюшной полости. Тактика – немедленная операция: верхнесрединная лапаротомия, ушивание прободной язвы. Подобная операция возможна в лапароскопическом исполнении.

Задача 2. Язвенная болезнь, профузное кровотечение из язвы 12-перстной кишки III степени тяжести. Показано эндоскопическое исследование желудка в условиях операционной с последующей операцией.

Задача 3. Малигнизация язвы желудка. ФГДС с биопсией для морфологической верификации диагноза. R – скопия желудка. УЗИ органов брюшной полости (на предмет метастазов), при возможности КТ. Решение вопроса о выборе метода оперативного лечения.

Глава 2

Задача 1. Следует думать о плотном аппендикулярном инфильтрате. В данной клинической ситуации необходимо: 1. Госпитализировать больного в хирургическое отделение; 2. Начать лечение с консервативной терапии (препараты антимикробного, спазмолитического действия, местная гипотермия); 3. При исчезновении симптомов интоксикации (гипертермия, тахикардия, лейкоцитоз) и отсутствии данных за абсцедирование инфильтрата (усиление локальной болезненности с иррадиацией болей, положительный симптом флюктуации при пальпации инфильтрата) – продолжение терапии, направленной на рассасывание инфильтрата в течение 15-20 дней с последующей отсроченной операцией без выписки больного из стационара; 4. При усилении симптомов интоксикации и появлении данных за абсцедирование инфильтрата – оперативное лечение с целью дренирования гнойной полости.

Задача 2. Необходимо дренировать абсцесс через задний свод влагалища с последующим проведением курса массивной антибактериальной терапии.

Задача 3. Имеет место тазовый абсцесс. Необходимо выполнить дренирование абсцесса.

Глава 3

Задача 1. Разлитой гнойно-фибринозный перитонит. Терминальная фаза. Лапаротомия. Санация, дренирование брюшной полости и назоинтестинальная интубация тонкого кишечника.

Задача 2. Несостоятельность гастроэнтероанастомоза с развитием разлитого перитонита.

Задача 3. Перитонит. Общий анализ крови и мочи, обзорная рентгенография органов брюшной полости, консультация гинеколога, УЗИ органов брюшной полости, при необходимости – лапароскопия. При подтверждении диагноза операция - лапаротомия.

Глава 4

Задача 1. Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость 2. Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия. 3. Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация. 4. Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Задача 2. У больной спаечная кишечная непроходимость. Если введение спазмолитиков и сифонная клизма не дадут эффекта, больную сле-

дует оперировать – произвести средне-срединную лапаротомию, рассечь спайки, выполнить блокаду корня брыжейки раствором новокаина. При нежизнеспособности петли кишки провести ее резекцию.

3. Следует рассечь спайку, убедиться в жизнеспособности кишки и восстановлении ее проходимости. Операцию завершить назоинтестинальным дренированием просвета тонкой кишки.

Глава 5

Задача 1. Острая тонкокишечная непроходимость. Не нужны. Экстренная лапаротомия, устранение непроходимости, определение жизнеспособности кишки, резекция кишечника при сомнении в жизнеспособности.

Задача 2. Гельминтоз. Острая обтурационная кишечная непроходимость. Инородное тело (фито-, трихо-, литобезоары). Необходимости нет. Механическое деление конгломерата без вскрытия кишки. Если это невозможно – смещение конгломерата в дистальном направлении, энтеротомия, удаление инородного тела, ушивание энтеротомной раны.

Задача 3. Динамическая паралитическая кишечная непроходимость. Острая механическая кишечная непроходимость. Копростаз. Закрытая травма органов брюшной полости. Ректальный осмотр, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографию грудной и брюшной полостей, проведение пробы пассажа бария по кишечнику, диагностическая лапароскопия. В случае динамической кишечной непроходимости назначается консервативная терапия, при её неэффективности – оперативное лечение.

Глава 6

Задача 1. Деструктивная пневмония, осложненная пневмотораксом. Показана рентгенография грудной клетки и плевральная пункция.

Задача 2. Бронхоэктатическая болезнь, ателектаз слева. Показана рентгенография грудной клетки, бронхоскопия и бронхография. Лечение оперативное.

Задача 3. Огнестрельное слепое осколочное ранение средостения. 2. Гнойный перикардит. 3. План лечения - Рентгенологическое обследование грудной клетки - Пункция перикарда по Ларрею – Торакотомия – Пери-

кардотомия - Дренирование полости перикарда и средостения - Посев на флору – Антибиотикотерапия - Дезинтоксикационная терапия.

Глава 7

Задача 1. Ущемление петли тонкой кишки. Необходимо было выполнить ревизию органов брюшной полости. Экстренное оперативное вмешательство – лапаротомия, ревизия брюшной полости.

Задача 2. Ущемленная левосторонняя бедренная грыжа. Метастаз в паховый лимфоузел, сифилис. Экстренное оперативное вмешательство.

Задача 3. Ретроградное ущемление петель тонкой кишки. Обнаружить третью петлю тонкой кишки, которая, как правило, подвержена ущемлению. Оценить ее жизнеспособность и определить объем оперативного вмешательства. На первый день постельный режим и назначение анальгетиков. На второй-третий день можно сидеть и ходить.

Глава 8

Задача 1. У больного клиническая картина тромбоэмболии бедренной артерии, ишемия II Б стадии. Постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия. Показана экстренная операция – тромбэктомия.

Задача 2. Аневризму брюшного отдела аорты. Для подтверждения диагноза целесообразно выполнить УЗИ, а затем аортографию. При подтверждении диагноза показано оперативное лечение – резекция аневризмы с протезированием.

Задача 3. Атеросклеротический тромбоз на уровне бедренной артерии. Необходима срочная госпитализация в отделение сосудистой хирургии. После обследования с применением доплерографии и ангиографии оперативное лечение: тромбэктомия или шунтирование.

Глава 9

Задача 1. Варикозная болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств. Пробы Броди-Троянова-Тренделенбурга, Пратта и Шейниса. Флебография, дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей. Радикальная операция. Флебэктомия комбинированная.

Задача 2. Варикозная болезнь. Острый тромбофлебит поверхностных вен. В быстром нарастании тромбоза в проксимальном направлении и угрозе тромбоэмболии легочной артерии. Хирург поликлиники должен немедленно госпитализировать больную, а дежурный хирург стационара выполнить в экстренном порядке операцию Троянова-Тренделенбурга.

Задача 3. Тромбоэмболия легочной артерии. Экстренная терапия тромбоэмболии лёгочной артерии в условиях реанимации, тромболитическая терапия.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И. Кузина. – 4-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 986с.
2. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 720 с.
3. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое содержание / под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 912 с.
4. Перитонит: клиника, диагностика, лечение. Учеб. пособие / В.И. Демченко, Г.И. Гомозов. — Нижний Новгород: НижГМА, 2016. — 60 с.
5. Петров С.В. Общая хирургия: учебник / С.В. Петров.— Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 832 с.
6. Общая хирургия. Основные клинические синдромы / под ред. Г.В. Родоман. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 168 с.
7. Общая хирургия: учебник / под ред. В.К. Гостищева. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 736 с.
8. Госпитальная хирургия: учебник для медицинских вузов: в 2-х томах / под ред. Б.Н. Котива, Л.Н. Бисенкова. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. — Т. 1. — 751 с.
9. Воспалительные заболевания кишечника: клиническое руководство / Ред.: Д.Дж. Штайн, Р. Шейкер; Пер с англ. под ред. И.Л. Халифа. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 256 с.
10. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / под ред. Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина. — Волгоград: ВолгГМУ, 2015. — 164 с.
11. Пучков К.В. Хирургия желчнокаменной болезни: лапароскопия, минилапароскопия, единый порт, трансвагинальный доступ, симультанные операции / К.В. Пучков, Д.К. Пучков. — Москва: Медпрактика-М, 2017. — 312 с.
12. Загрядский Е.А. Малоинвазивная хирургия геморроидальной болезни / Е.А. Загрядский. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 224 с.

13. Атлас операций при злокачественных опухолях легкого, трахеи и средостения / А.Х. Трахтенберг [и др.]; под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.Д. Каприна. — Москва: Практическая медицина, 2014. — 184 с.
14. Барански А. Хирургическая техника эксплантации донорских органов. Шаг за шагом / А. Барански; пер. с англ. О.Н. Резника. — Москва: ГОЭТАР-Медиа, 2014. — 224 с.
15. Ковалев А.И. Хирургия: учебник / А.И. Ковалев. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 576 с.
16. Руководство по амбулаторной хирургической помощи / под ред. П.Н. Олейникова. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 904 с.
17. Трифонов И.В. Хирургическое дежурство в больнице скорой медицинской помощи: практ. рук. / И.В. Трифонов. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 112 с.
18. Эндокринная хирургия / под ред. И.И. Дедова, Н.С. Кузнецова, Г.А. Мельниченко. — Москва: Литтера, 2014. — 344 с.
19. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме / под ред. М.Ш. Хубутия, П.А. Ярцева. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 240 с.

Дополнительная:

1. Алиев С.А. Аппаратно-управляемая интра- и послеоперационная декомпрессия и лаваж толстой кишки в хирургическом лечении опухолевой непроходимости / С.А. Алиев, Э.С. Алиев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — СПб.: ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, 2016. — № 1. — С. 88-94.
2. Амигдалогиппокампэктомия при лечении эпилепсии у больных с каверномами височной доли / Д.Н. Окишев [и др.] // Журнал «Вопросы нейрохирургии» им. Н.Н. Бурденко. — Москва: Медиа Сфера, 2016. — № 1. — С. 35-43.
3. Антенатальная диагностика атрезии желчных ходов с благоприятным исходом после хирургической коррекции / О.А. Платонова [и др.] // Медицинский журнал. — Минск: БГМУ. — 2016. — № 1. — С. 149-151.

4. Багненко С.Ф. Возможности метаболической хирургии. Опыт первой тысячи операций / С.Ф. Багненко, В.М. Седов, М.Б. Фишман // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — СПб.: ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, 2016. — № 1. — С. 78-82.
5. Бывальцев В.А. Оценка клинической эффективности малотравматичного способа транспедикулярной стабилизации в хирургическом лечении пациентов с переломами позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника / В.А. Бывальцев, А.А. Калинин, А.Э. Будаев // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — Москва: Репроцентр М, 2016. — № 1. — С. 15-20.
6. Видеоторакоскопические анатомические резекции легких: опыт 246 операций / В.Г. Пищик [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — Москва: Медиа Сфера, 2016. — № 1. Вып. 2. — С. 10-15.
7. Возможности лучевой диагностики в органосохраняющем лечении больного раком единственной почки с рецидивом (клиническое наблюдение) / Ю.А. Степанова [и др.] // Медицинская визуализация. — Москва: Видар, 2016. — № 1. — С. 73-85.
8. Возможности хирургического лечения хронической постэмболической легочной гипертензии / А.М. Чернявский [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — Москва: Медиа Сфера, 2016. — № 2.— С. 76-80.
9. Восстановление функции верхней конечности при диафизарных переломах лучевой и локтевой костей после применения малоинвазивных способов остеосинтеза / А.Н. Челноков [и др.] // Травматология и ортопедия России.— СПб.: ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» Минздрава России, 2016. — № 1. — С. 74-84.
10. Ефанов М.Г. Современные тенденции в хирургии печени и поджелудочной железы: обзор материалов Пятого конгресса Азиатско-Тихоокеанской гепатопанкреатобилиарной ассоциации. Ч. 1. Хирургия первичного рака печени и трансплантация печени / М.Г. Ефанов, Ю.А. Степанова, Д.А. Ионкин // Анналы хирургической гепатологии. — Москва: Видар, 2016. — № 1. — С. 78-85.

11. Комплексная диагностика в тактике хирургического лечения повреждений нервов конечностей / В.Г. Нинель [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — Москва: Репроцентр М, 2016. — № 1. — С. 62-66.
12. Компьютерно-томографические технологии в хирургии надпочечников / Н.А. Майстренко [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — СПб.: ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, 2016. — № 1. — С. 30-36
13. Майстренко Н.А. Диагностика и хирургическое лечение нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта / Н.А. Майстренко, П.Н. Ромащенко, М.В. Лысанюк // Анналы хирургической гепатологии. — Москва: Видар, 2016. — № 1. — С. 13-20.
14. Пасечник И.Н. Использование новых оральных антикоагулянтов в хирургии. Ч. 1 / И.Н. Пасечник // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — Москва: Медиа Сфера, 2016. — № 2. — С. 75-75.
15. Пасечник И.Н. Программа ускоренного выздоровления после хирургических операций: новый подход к ведению пациентов / И.Н. Пасечник // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. — Москва: МЦФЭР, 2016. — № 3. — С. 12-19.
16. Последовательность выполнения этапов гибридных операций у больных с синдромом Лериша при критической ишемии конечности / А.Н. Вачев [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов, 2016. — № 1. — С. 159-163.
17. Применение моноклональных антител – блокаторов EGFR в лечении метастатического колоректального рака с хирургическим удалением метастазов и без него / О.И. Кит [и др.] // Российский онкологический журнал. — 2016. — № 1-2. — С. 66-71.
18. Современные технологии в диагностике и хирургическом лечении больных инсулиномой поджелудочной железы / Д.Ю. Семенов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — Москва: Видар, 2016. — №1. — С. 28-31.

19. Терешина О.В. Периоперационное использование статинов в сосудистой хирургии / О.В. Терешина, А.Н. Вачев, Е.В. Фролова // Ангиология и сосудистая хирургия. — Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов, 2016. — № 1. — С. 11-20.
20. Улучшение углеводного обмена при диабете после хирургического лечения рака головки поджелудочной железы / А.Ю. Баранников [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — Москва: Видар, 2016. — № 1. — С. 109-113.
21. Хирургические вмешательства с циркулярной резекцией бифуркации трахеи при лечении больных со злокачественными новообразованиями бронхов / Е.В. Левченко [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — Москва: Медиа Сфера, 2016. — № 1. Вып. 2. — С. 16-22.
22. Хирургическое лечение больных кистозными заболеваниями желчевыводящих путей / А.Ф. Черноусов [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — Москва: Медиа Сфера, 2016. — № 1. — С. 85-92.
23. Эндовидеохирургические вмешательства при травме груди и живота / И.Е. Хатьков [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — Москва: Медиа Сфера, 2016. — № 1. — С. 15-19.
24. Этапное хирургическое лечение субтотального рубцового стеноза трахеи как альтернатива ее трансплантации / В.Д. Паршин [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — Москва: Медиа Сфера, 2016. — № 1. — С. 28-32.
25. Ярема И.В. Хирургическая анатомия желудка с точки зрения патогенеза язвенной болезни / И.В. Ярема // Хирург. — 2016. — № 2. — С. 23-30.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Хирургическая тактика при гастродуоденальных язвенных кровотечениях.....	5
Глава 2. Острый аппендицит и его осложнения. Заболевания симулирующие «острый живот».....	10
Глава 3. Острый перитонит.....	14
Глава 4. Спаечная болезнь брюшины.....	22
Глава 5. Острая кишечная непроходимость.....	29
Глава 6. Диагностика и лечение осложненных травм груди.....	37
Глава 7. Грыжи брюшной стенки.....	44
Глава 8. Тромбозы и эмболии артерий.....	51
Глава 9. Острые венозные тромбозы.....	55
Контрольные вопросы.....	67
Тестовые задания.....	70
Ситуационные задачи.....	83
Ответы к тестовым заданиям и ситуационным задачам.....	92
Литература.....	98

Галимов Олег Владимирович
Зиангиров Роберт Аминович
Костина Юлия Валинуровна
Ханов Владислав Олегович

Алгоритмы диагностики и лечения хирургических заболеваний
Учебное пособие

Лицензия № 0177 от 10.06.96 г.

Подписано к печати 08.02.2018 г.

Отпечатано на цифровом оборудовании
с готового оригинал-макета, представленного авторами.

Формат 60x84 ¹/₁₆. Усл.-печ. л. 6,05.

Тираж 100 экз. Заказ № 44

450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3,
Тел.: (347) 272-86-31, e-mail: izdat@bashgmu.ru
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России