

Методические материалы для СТУДЕНТОВ  
по ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

по дисциплине:

Факультетская хирургия.

основная профессиональная образовательная программа высшего  
образования

- программа специалитета

КОД Наименование ОП: 31.05.01 Лечебное дело

**ГОУ ВПО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА  
Кафедра факультетской хирургии № 2 лечебного факультета**

---

Составители: доц. В.Г. Агаджанов, доц. А.Г. Натрошвили,  
доц. Э.Г. Османов,

**«ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ»**

---

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ СТУДЕНТОВ,  
ИНТЕРНОВ, ОРДИНАТОРОВ И ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ:

Под редакцией профессора А.М. Шулутко, профессора В.И. Семикова

**МОСКВА 2010**

## ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

**1. Мотивация.** Частота заболеваемости острым панкреатитом существенно варьирует составляя от 100-200 (Голландия, Англия) до 700-800 (Финляндия, США) случаев заболевания на 1 миллион населения в год; такой разброс связан с разной распространенностью в популяциях двух основных этиологических факторов – желчекаменной болезни и злоупотребления алкоголем, а также различиями в интерпретации диагностических критериев.

С 60-х годов до настоящего времени частота выявления панкреатита увеличилась примерно в 1,5 раза, что объясняют как улучшением диагностики (ферментная диагностика, ультразвуковая и рентгеновская компьютерная томография), так и абсолютным ростом заболеваемости. Более того, в связи с уменьшением частоты аутопсий в последние десятилетия вполне вероятно недооценка истинного роста заболеваемости панкреатитом, особенно его тяжелых форм: до 30-40% случаев панкреонекроза с летальным течением не диагностируется прижизненно.

В госпитальной практике частота панкреатита варьирует от 2 до 9%, тяжелые формы наблюдаются в 5-10% случаев верифицированного панкреатита. Осложнения развиваются со средней частотой в 25%. Публикуемые современные показатели летальности не превышают 5% для всех атак острого панкреатита и 20% для его тяжелых форм. Существенное снижение летальности по сравнению с 70-80-ми годами (общая летальность 11-15%, при тяжелых формах до 30-50%) есть главное достижение двух последних десятилетий; оно достигнуто созданием новой концепции патогенеза острого панкреатита, точной диагностикой инфицированного панкреонекроза, достижениями консервативного лечения, радикально уменьшившими раннюю летальность, и пересмотром стратегии оперативного лечения – отказом от ранних операций и агрессивным лечением инфицированного панкреонекроза – существенно улучшившим результаты хирургического лечения.

**2. Цель изучения темы.** Обучиться диагностике и знать принципы лечения острого панкреатита.

**3. Целевые задачи:**

- а) правильно оценивать данные анамнеза;
- б) знать клиническую симптоматику острого панкреатита и его осложнений;
- в) знать и уметь правильно трактовать значения лабораторных методов исследования (клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, определение стеркобилина в кале и т.д.);
- г) обучиться диагностическим приемам и методам лечения заболеваний, указанных в перечне необходимых знаний и умений студентов.

**4. Перечень необходимых знаний и умений студента**

Студент должен знать:

- а) этиопатогенез заболевания;
- б) классификацию;
- в) характерные жалобы больных;
- г) клиническую симптоматику;
- д) возможности и методы амбулаторного обследования и лечения больных (общеклинические анализы, трактовка данных специальных инструментальных методов исследования);
- е) возможности специальных методов обследования больных;
- ж) научиться проводить дифференциальную диагностику;
- з) научиться планировать лечение больных (консервативное и оперативное);
- и) знать принципы консервативного лечения больных острым панкреатитом и его осложнениями;
- к) знать принципы оперативных вмешательств при остром панкреатите и его осложнениях;
- л) знать принципы послеоперационного ведения больных;

- м) знать принципы профилактики и лечения осложнений;
- н) знать принципы реабилитации больных и правильно оценивать их трудоспособность.

**Студент должен уметь** правильно сформулировать диагноз, уметь оценить состояние больного и выбрать необходимое лечение.

## **5. Ориентировочная основа действий студентов по диагностике и лечению**

1. прежде чем приступить к изучению заболеваний поджелудочной железы вам необходимо вспомнить анатомо-физиологические сведения о гепатобилиарной системе.

2. Знание этиологии и патогенеза заболеваний этой области поможет вам лучше ориентироваться в вопросах тактики и лечения больных.

3. Вы принимаете и осматриваете больного, который жалуется на боли в левом верхнем квадранте живота.

Прочтите о методах обследования больных.

4. Однако этого недостаточно для установления клинического диагноза. Прочтите о специальных методах обследования больных острым панкреатитом и его осложнениями.

5. Обратите внимание на изменение лабораторных данных, а так как у больного имеется желтушность склер, проведите соответствующий дифдиагноз.

6. Получив необходимую информацию о больном, правильно сформулируйте диагноз. За разъяснением обратитесь к «Классификации часто встречающихся хирургических заболеваний».

7. Теперь необходимо обдумать план лечения.

8. Почитайте, какие методы лечения рекомендуют различные авторы.

9. Ваш больной поправилась. Прежде чем дать ему совет о режиме питания и труда, ознакомьтесь с литературными сведениями.

**6. Список рекомендуемой литературы:**

- 1) Учебник М.И. Кузина.
- 2) «Некротизирующий панкреатит» М.И. Прудков, А.М. Шулуто, Ф.В. Галимзянов, С.А. Чернядьев. Екатеринбург 2005 г.
- 3) «Механическая желтуха. Хронический панкреатит» Р.М. Евтихов и соавт. Москва-Иваново-Киров 1999 г.
- 4) Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости под редакцией В.С. Савельева. Москва 2004 г.
- 5) Патофизиология органов пищеварения. Д.М. Хендерсон. Москва 2001 г.
- 6) «Боль в животе». Л.М. Найхус, Д.М. Вителло, Р.Э. Конден. Москва 2000 г.
- 7) Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. Р.В. Вашетко и соавторы. Санкт-Петербург 2004 г.
- 7) Тесты и ситуационные задачи для программированного обучения по хирургическим болезням. В. С. Савельев и соавторы. Москва-Пермь 2005 г.

**7. План занятий по теме «Острый панкреатит»:**

- а) Вводная беседа
- б) Тестовый контроль исходного уровня знаний
- в) Самостоятельная курация больных острым панкреатитом
- г) Клинический разбор больных с преподавателем
- д) Разбор и обоснование современных методов лечения острого панкреатита
- е) Выводы и домашнее задание

**Учебные элементы по теме «Острый панкреатит»****1.Классификация**

- легкий острый панкреатит (острый отечный панкреатит, интерстициальный панкреатит)
- тяжелый острый панкреатит:

острые жидкостные скопления

панкреонекроз

инфицированный панкреонекроз

панкреатогенный абсцесс

инфицированная псевдокиста

полиорганная недостаточность

2. Патолого-морфологические изменения

3. Этиология

- алкоголь

- ЖКБ

- травма

4. Патогенез

5. Клинические симптомы

- боли в верхнем левом квадранте живота

- рвота

- температурная реакция (необязательно)

- цианоз кожи живота (симптом Холстеда)

- цианоз боковых стенок живота (симптом Турнера)

- цианоз пупка (симптом Грюневальда)

- желтушность в области пупка (симптом Кулена)

- фиолетовые пятна на туловище (симптом Мондора)

- болезненность и резистентность на 6-7 см выше пупка (симптом

Керте)

- исчезновение пульсации надчревного отдела аорты (симптом

Воскресенского)

- сердечно-сосудистые проявления

- явления динамической кишечной непроходимости

- перитонеальные симптомы

- болезненная резистентность в левом реберно-позвоночном углу

(симптом Мейо-Робсона)

- клиника острого холецистита

## **8. Лабораторные и инструментальные методы диагностики**

- общий анализ крови
- определение ферментов поджелудочной железы в моче и крови
- биохимия крови
- ОЦК, гематокрит и ЦВД
- определение сахара крови
- УЗИ брюшной полости
- КТ
- МРТ

## **9. Осложнения**

- перитонит
- абсцессы
- забрюшинная флегмона
- плеврит
- перикардит
- кровотечение
- киста
- острый холецистит
- прободная гастродуоденальная язва
- острая кишечная непроходимость
- острое нарушение мезентериального кровообращения
- острая почечная недостаточность
- полиорганная недостаточность

## **10. Дифдиагноз**

- острый холецистит
- кишечная непроходимость
- острый аппендицит
- осложненная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной

## **11. Консервативное лечение**

- покой
- местная гипотермия
- снятие болей и нормализация нейровегетативных функций
- борьба с нарушениями гомеостаза
- поддержание функций жизненно важных органов
- инактивация ферментов поджелудочной железы
- антибиотикотерапия
- контроль диуреза

## **12. Показания к оперативному лечению**

### **13. Оперативная тактика**

- лапароскопия
- малоинвазивное лечение
- дренирование под УЗ- контролем
- лапаротомия, вскрытии забрюшинной флегмоны, дренирование

забрюшинного пространства и брюшной полости

### **14. Исходы**

- выздоровление
- летальный исход.

## **Диагностический алгоритм при остром панкреатите**

1. Клиническая диагностика острого панкреатита
2. Оценка степени деструкции поджелудочной железы:
  - клиническая
  - неинвазивная (лабораторная и инструментальная)
  - инвазивная (лапароскопия, пункция под УЗ контролем)
3. Выявление осложнений
4. Определение тактики лечения.

**Изменение представлений о патогенезе – от «ферментной токсемии» к SIRS и MOF; развитие панкреонекроза; пути инфицирования панкреонекроза. Диагностические и лечебные выводы из новых концепций патогенеза; маркеры тяжести, возможности раннего лечения, мультидисциплинарный подход к лечению.**

Общепризнанная концепция патогенеза панкреатита – первичное «повреждение» ацинарной клетки с последующим высвобождением и интерстициальным проникновением активированных панкреатических ферментов (протеаз и липаз), разрушающих мембранные структуры панкреатической ткани и эндотелия, что результируется потенциально летальным воспалительным каскадом. Первичность клеточного повреждения показана в эксперименте, признаки перилобулярного и перидуктального поражения появляются на полсутки позднее. Внутриклеточная активация панкреатических ферментов объясняется теорией «совместной локализации» – в ранних стадиях развития экспериментального панкреатита показано совместное нахождение синтезируемых ферментов и лизосомальных гидролаз во внутриклеточных органеллах: лизосомальный катепсин В активирует трипсиноген, а образующийся трипсин активирует другие протеазы и липазы. Такие аномальные секреторные гранулы находят в базальном полюсе клетки, что определяет интерстициальное проникновение ферментов (в отличие от нормальной внутрипротоковой секреции из апикального полюса).

Возможная роль в инициации ранних клеточных событий принадлежит взаимосвязанному повышению внутриклеточной концентрации  $Ca^{2+}$  и т.н. «ранению мембран»: нарушение структурной целостности мембран определяет существенное повышение концентрации внутриклеточного  $Ca^{2+}$  (за счет выравнивания с высокой внеклеточной концентрацией) не только в секреторной апикальной зоне, но во всей клетке; такое же повышение описано при супрамаксимальной стимуляции панкреатической клетки церулеином. Аномально высокая концентрация

$Ca^{2+}$  активизирует  $Ca$ -зависимые внутриклеточные ферменты, ведет к слиянию клеточных мембран и, соответственно, секреторных органелл с лизосомами. Концепция объясняет развитие панкреатита вследствие гиперстимуляции функции поджелудочной железы и/или повышения внутрипротокового давления в ней (это - две типичные экспериментальные модели панкреатита).

Клиническое представление об этиопатогенетической связи желчекаменной болезни и панкреатита представлено в теории Опи-Холстеда: пассаж конкремента через фатеров сосок или вклинение в нем могут вести к развитию т.н. «билиарного» панкреатита; панкреатит любого другого генеза называется автономным. Концепция «билиарного панкреатита» имеет прямые лечебные выводы – возможность прямого лечебного вмешательства в процесс этиопатогенеза и необходимость популяционной санации желчекаменной болезни.

Представление о тяжелом панкреатите, как состоянии определяемом преимущественно нарушенным воспалительным ответом была впервые предложена в 1988 году Rinderknecht. Достигнуто понимание, что при остром панкреатите тяжелого течения наблюдаются те же проявления системного воспалительного ответа (SIRS- System Inflammation Response Syndrome), которые ответственны за полиорганную недостаточность (MOF - Multi Organe Failure) при политравме, распространенных ожогах, тяжелом сепсисе. Существенным фактором развития «панкреатита тяжелого течения - панкреонекроза» являются микроциркуляторные нарушения в поджелудочной железе. В эксперименте показана пространственная гетерогенность поражения с участками ишемии и гиперемии одновременно, с возможным развитием феномена «ишемии –реперфузии», как механизма локального тканевого повреждения и ассоциированных системных эффектов. Количественный анализ панкреатической микроциркуляции (флуоресцентная микроскопия *in vivo*) выявляет существенное уменьшение количества перфузируемых капилляров и микроваскулярной сатурации гемоглобина; оба параметра изменяются пропорционально тяжести панкреатита. Помимо

нарушения микроциркуляторной («питающей») перфузии панкреатит характеризуется локальным и системным воспалительным ответом, включающим активацию мононуклеарных фагоцитов, лейкоцитов и высвобождение различных цитотоксических и воспалительных субстанций (цитокинов, протеолитических ферментов, свободных радикалов, продуктов липидного окисления). Активированные лейкоциты усиленно взаимодействуют с эндотелиоцитами, преимущественно в посткапиллярных венулах. Показана прямая пропорциональность лейкоцитарной активации и тяжести клинических проявлений панкреатита. В эксперименте получено уменьшение адгезии лейкоцитов и соответствующего уменьшения ацинарных некрозов при использовании антиоксидантов и антагонистов лейкотриеновых рецепторов. Фатальное течение панкреатита в этой гипотезе определяется чрезмерной лейкоцитарной стимуляцией, включающей высвобождение лизосомальных ферментов и свободных радикалов. Показано повреждение ткани поджелудочной железы в ходе ишемии - реперфузии лейкоцитами за счет перекисидации структурных липидов клеточных мембран. Концепция конкурирует с традиционным представлением о панкреатите как о преимущественном поражении собственно панкреатическими ферментами и объясняет переход от инициального панкреатита к панкреонекрозу: приблизительное время развития панкреонекроза 2 стк. Этот временной интервал дает нам возможность уменьшения тяжести поражения, однако он весьма невелик - в момент поступления в стационар пусковые и ранние клеточные события уже далеко позади. Как и при циррозе печени, некротические изменения при панкреонекрозе развиваются в периферических, наиболее удаленных от питающей артерии клетках дольки – это подтверждает решающую роль перфузионных нарушений в развитии панкреонекроза.

Метаболически поврежденная ацинарная клетка высвобождает кислородсодержащие свободные радикалы (ROS – reactive oxygen species). Они активируют нейтрофилы и привлекают их (положительный хемотаксис)

в зону поражения. Местно активированные нейтрофилы в свою очередь высвобождают ROS и также фосфолипазу A2, которая катализирует образование PAF (platelet activating factor) из мембранных фосфолипидов; кроме того, фосфолипаза содержится и в ацинарных клетках. PAF активирует нейтрофилы (замыкая патологический круг), увеличивает проницаемость капиллярного эндотелия (также активирует тромбоциты). Развивается местный отек; избыток PAF может попадать в общую циркуляцию, туда же мигрируют активированные нейтрофилы. Последние события определяют системную активацию нейтрофилов и моноцитов, составляющую суть системного воспалительного ответа (SIRS), с генерализованным усилением капиллярной эндотелиальной проницаемости и высвобождением PAF: развивается гиповолемия, гипотония, интерстициальный отек легких нарушает газообмен и ведет к гипоксемии. Нарушение микроциркуляции и оксигенации тканей нарушает почечную функцию, ведет к интестинальной ишемии.

Относительная ишемия слизистой ЖКТ нарушает защитный барьер и ведет к всасыванию эндотоксинов и транслокации бактерий из кишечника в межклеточную жидкость, лимфатическую систему, циркуляцию – это основной путь инфицирования; возможно также восходящее протоковое, лимфатическое (в связи с инфицированием билиарного дерева) и системное гематогенное инфицирование.

Вторичное инфицирование некроза развивается в 40-70% случаев, пропорционально объему некротического поражения и срокам от начала процесса. В большей части случаев речь идет о моноинфекции, однако возможно инфицирование с участием нескольких штаммов, в том числе анаэробное и грибковое. Инфицирование процесса при панкреонекрозе резко отягощает его течение. По некоторым данным только Грам-негативное инфицирование существенно, а Грам-позитивное имеет такой же прогноз как стерильный некроз; по другим - попытки прогнозирования тяжести течения на этом основании неадекватны. Бактериальный эндотоксин -

возможный фактор активирующий лейкоциты с развитием SIRS; он также индуцирует секрецию цитокинов. В клинических исследованиях циркулирующий эндотоксин достоверно чаще определялся у больных с тяжелым течением панкреатита, при этом было показано падение титров IgM и IgG, последнее коррелировало с плохим прогнозом: угнетение выработки антител ведет к увеличению циркуляции свободного эндотоксина. В норме порталый эндотоксин выводится из циркуляции купферовскими клетками, что предупреждает системную эндотоксемию. Угнетение функции РЭС (ретикуло-эндотелиальной системы), например при желтухе и холангите, и увеличение поступления эндотоксина могут определять эндотоксемию и соответствующую системную активацию мононуклеарных фагоцитов - главного источника воспалительных цитокинов. Активация моноцитов к секреции цитокинов, равно и кислородсодержащих свободных радикалов, показана в клиническом исследовании у больных с тяжелым течением панкреатита. Многие эффекты продуцируемых цитокинов опосредуются нейтрофилами - усиление их метаболизма показано у больных панкреатитом по сравнению со здоровыми.

Системный ответ, вызывающий полиорганную недостаточность до сих пор определяет до 40% всей летальности от острого панкреатита. Остается непонятным какой фактор в запускает системную активацию воспалительных клеток; само по себе их наличие в периферической крови недостаточно для развития полиорганной недостаточности. Похоже, что активация моноцитов и нейтрофилов и ее выраженность отражает нормальный ответ на панкреатическое повреждение пропорционально его объему. Однако, больные с циркулирующими активными лейкоцитами подвержены риску развития системных осложнений при наличии других факторов. Эндотоксемию как результат нарушения висцеральной микроциркуляции и угнетения РЭС может вести к дальнейшей системной активации циркулирующих «заряженных» клеток. Ишемия и последующая реперфузия ПЖ может вызывать высвобождение PAF в системную

циркуляцию, также – выброс TNF (tumor necrosing factor), интерлейкинов. Таким образом полиорганная недостаточность не есть следствие одного фактора, но может вызываться одним из множества системных медиаторов активирующих «заряженные» нейтрофилы контактом с небольшим количеством цитокинов, образующихся на ранних стадиях процесса (каскадный тип развития реакции).

Концепция SIRS породила новые попытки поиска диагностически и прогностически значимых маркеров продуктов воспалительного каскада: цитокинов, факторов роста, адгезионных молекул и пр. Клинически актуальными оказались С-реактивный протеин (в период до двух суток, 120 мг/л служит критерием дифференциации тяжелого течения) и эластаза полиморфонуклеаров; перспективными представляется изучение интерлейкинов 6 и 8. Эта гипотеза, если справедлива, определяет несколько путей предотвращения системных осложнений. Компенсация гипоперфузии ранней адекватной интенсивной терапией уменьшит эндотоксемию, антибактериальная терапия имеет ту же направленность; терапия антагонистами PAF (лексипафант), антиоксидантами, ингибиторами цитокинов и антиэндотоксином может также иметь роль в комплексном лечении и определять уменьшение ранней летальности. Таким образом, не только клинически тяжелое течение, но и его прогнозирование, определяет целесообразность лечения больного панкреонекрозом в блоке интенсивной терапии.

**Первичная диагностика панкреатита и его этиологии: УЗИ, РКТ, ферментная диагностика, роль лапароскопии и РХПГ. Клиническое течение острого панкреатита – легкое и тяжелое течение, диагностика панкреонекроза и инфицирования.**

Три главных симптоматических проявления позволяют заподозрить острый панкреатит – характерный болевой синдром, выраженная диспепсия, пальпирующийся инфильтрат верхней половины живота; при панкреатите билиарного генеза часто выявляется желтуха.

Развитие перипанкреатического воспаления и перитонеального экссудата сопровождаются паралитической кишечной непроходимостью и перитонеальной симптоматикой. Симптоматика панкреатита тяжелого течения определяется системным воспалительным ответом, распространенными нарушениями микроциркуляции, водно-электролитными потерями.

В верификации диагноза существенное значение имеет ферментная диагностика: помимо известного определения амилазы крови (убедительно четырехкратное превышение нормы), в настоящее время используется радиоиммунологическое определение активаторных пептидов трипсина (ТАР), фосфолипазы А<sub>2</sub> (PLAP), прокарибосипептидазы В (САРАР); при этом возможна не только верификация диагноза, но и дифференциация тяжести течения – концепция внутриклеточной активации ферментов остается в силе!

Вполне достаточное разрешение для выявления признаков панкреатита/панкреонекроза имеет УЗИ, повторное применение которого позволяет отслеживать развитие местных проявлений заболевания и осложнений; исследование неинвазивно, не имеет побочных эффектов, легко выполнимо в условиях БИТа. Ограничения на применение УЗИ накладывают выраженный метеоризм и нарушения сознания пациента. От последних параметров не зависят результаты рентгеновской компьютерной томографии, часто обозначаемой как «золотой стандарт диагностики» панкреатита: газ в кишечнике и невозможность контакта с пациентом не мешают получению информации. Недостатки метода – нетранспортабельность оборудования (требуется транспортировка пациента) и лучевая нагрузка сопряженная с исследованием, что ограничивает частоту его применения в динамике лечения.

Хорошие перспективы имеет ядерно-магниторезонансная томография, дающая изображения высокого разрешения; впрочем, оборудование еще мало распространено и немобильно. УЗИ позволяет с большой степенью

достоверности установить билиарный генез панкреатита; существенным моментом становится выявление билиарной гипертензии в связи с вклинением конкремента в фатеровом соске. В этой ситуации диагностическая РХПГ может иметь своим продолжением лечебную ЭПСТ, с назобилиарным дренированием при гнойном холангите (еще один источник инфицирования панкреонекроза); есть убедительные клинические данные свидетельствующие abortивное течение панкреатита при своевременном выполнении эндоскопического пособия. Методом прямой инвазивной диагностики панкреатита является лапароскопия; ее основная задача - избежать неоправданной лапаротомии при панкреатите в ранние сроки, не пропустив при этом истинного перитонита панкреатогенного или иного генеза; лапароскопия может иметь лечебный аспект - от лаважа и дренирования брюшной полости до выполнения абдоминализации и манипуляциях на желчном дереве при билиарном панкреатите. Показаниями к лапароскопии могут служить диагностированный панкреатит с выпотом в брюшной полости (лечебная задача) или сомнение в диагнозе (дифференциально-диагностическая задача). В последнее время показания к лапароскопии при панкреатите сузились, за счет возможности выполнения диагностических и санационных пункций и дренирования брюшной полости при УЗ или РКТ/ЯМРТ наведении.

Госпитализация больного панкреатитом происходит обычно когда «ранние» клеточные события уже далеко позади; поэтому в клинической практике редко удается наблюдать, и тем более предотвратить, развитие панкреонекроза. Можно выделить три типа клинического течения при остром панкреатите: - abortивное нетяжелое течение, характерное для интерстициального панкреатита; - типичное двухфазное течение с «реализацией» гнойных (и других постнекротических) осложнений в отдаленном периоде, характерное для стерильного панкреонекроза и инфицированного панкреонекроза с небольшим объемом поражения железы; - персистирование токсической фазы с наложением септических проявлений

(т.н. `overlapping course`), характерное для первично инфицированного субтотального панкреонекроза с перипанкреатическим поражением.

Связь между “морфологией” поражения и тяжестью течения осознана давно: панкреатит тяжелого течения - это панкреонекроз, тяжесть течения пропорциональна объему некроза железы и перипанкреатической клетчатки, инфицирование процесса (пропорциональное распространенности некроза) резко отягощает клиническое течение; но только появление томографических технологий позволило практически выявлять вне оперативного лечения панкреонекроз так таковой, оценивать его объем и инфицированность. Наиболее точная диагностика панкреонекроза основана на применении рентгеновской компьютерной томографии с контрастным усилением (в последнее время – и ЯМРТ с контрастным усилением); лапароскопия позволяя убедительно говорить о панкреонекрозе не может оценить объем поражения, УЗИ позволяет убедительно выявлять лишь отдаленные последствия его.

Диагностика инфицирования панкреонекроза длительное время основывалась на клинических признаках септического процесса, развитии убедительных гнойных осложнений или была интраоперационной; таким образом не собственно инфицирование, а лишь развернутая клиническая картина его служила основанием для принятия клинических решений. Понимание роли некроза и инфицирования в развитии SIRS определило необходимость раннего определения инфицированности панкреонекроза – получение материала из ткани железы или жидкостных скоплений (УЗ или РКТ наведение) с бактериологическим исследованием его.

**Оценка и прогнозирование тяжести течения и развития осложнений – маркеры тяжести и системы прогнозирования, «динамическое ранжирование». Смысл прогнозирования – выбор клинически и экономически оправданной стратегии лечения.**

Объективная и возможно более ранняя оценка тяжести состояния больного и адекватное прогнозирование тяжести течения и развития осложнений необходимы по двум причинам: во-первых, для формирования сопоставимых групп больных при анализе метода лечения или хирургической стратегии и отборе пациентов с риском развития осложнений для проспективных исследований; во-вторых, для прогнозирования развития осложнений в индивидуальном наблюдении. Вторая задача актуализировалась позже в связи с разработкой эффективных, но дорогостоящих и небезопасных, методов способных предотвратить осложненное течение.

Следует различать признаки свидетельствующие тяжесть поражения и развившиеся осложнения (например гипоксемия), от истинных прогностических маркеров, выявление которых предшествует развитию осложнений.

Общепризнано, что субъективная клиническая оценка тяжести состояния больного при госпитализации неадекватна - скрытые проявления органной недостаточности трудно выявляются клинически на ранних стадиях развития панкреатита; ранняя клиническая оценка довольно специфична, но мало чувствительна. (Чувствительность параметра – вероятность положительного результата при наличии патологии; специфичность параметра – вероятность отрицательного результата при отсутствии патологии.) Впрочем, через 48 часов от поступления чувствительность существенно возрастает, и практически сравнивается с возможностями т.н. «ранжирующих систем», т.е. многофакторных систем дающих кумулятивный индекс и позволяющих различать прогноз осложнений. Однако, именно этот

двухсуточный интервал есть время развития панкреонекроза (см. патогенез), и именно он наиболее ценен для начала проведения превентивного лечения.

Относительно простые системы прогнозирования Ranson и Glasgow не вполне отвечают этому требованию. Известны единичные плохие прогностические факторы: ожирение ( $\text{кг/м}^2 > 30$ ), лево- или двусторонний плевральный выпот, геморрагический перитонеальный экссудат, С-реактивный протеин ( $> 120 \text{ мг/л}$ ); но, они не отражают всех аспектов патологического процесса.

Необходимость объективизации выделения группы больных с риском развития осложнений и летальной угрозой не вызывает возражений, можно лишь обсуждать качество систем прогнозирования, их чувствительность и специфичность.

С 1985 года в большом количестве проспективных клинических исследований была подтверждена эффективность системы APACHE II - acute physiology and chronic health evaluation (критерий различения тяжелого панкреатита - 8 или 9 баллов). Система позволяет прогнозировать вероятность летального исхода в стандартных условиях и соответственно подтверждать или отвергать эффективность предлагаемых методов лечения, их комбинации или целой стратегии.

Впоследствии, получила развитие идея «динамического ранжирования», позволяющего применение шкалы не к группе, а индивидуальному наблюдению: краткосрочная динамика индекса позволяет оценивать адекватность проводимого лечения. Адаптация системы к панкреатиту и «индивидуализация» ее породили критерии APACHE III, еще не достаточно апробированные; в клинической практике довольно широкое применение получила SAPS (Simplified Acute Physiology индекс массы Score). Система APACHE II в комбинации с показателем ожирения получила название APACHE O (+2 балла если более 30, + 1 балл в пределах 25-30; критерий различения 9 или 10 баллов).

Осложнения тяжелого панкреатита легко разделить на общие и местные, последние всегда есть следствие панкреонекроза или перипанкреатического поражения.

В 1990 году Balthazar была предложена классификация панкреатита на основе РКТ с контрастным усилением; ее прогностическое значение на ранних стадиях развития заболевания невелико, в связи с недостаточной специфичностью. У КТ есть две главных задачи при подозрении на панкреонекроз: I. определение тяжести воспалительного процесса (стадирование от 0 до 4 баллов); II. количественная оценка интерстициального и перипанкреатического некроза: нет некроза (0 баллов), менее 1/3 (2 баллов), 1/2 (4 баллов), более 1/2 (6 баллов) паренхимы железы по данным аксиального сканирования. Сочетание параметров I+II дает кумулятивный CTSI (CT Severity Index) от 0 до 10 баллов: по прогнозируемым развитию осложнений и летальности целесообразно выделение трех групп 0-3, 4-6, 7-10 .

Таким образом, в настоящее время прогнозирование должно основываться на тщательном клиническом анализе, использовании системы APACHE II (O) и КТ с контрастным усилением у пациентов с клинически констатируемым средне-тяжелым и тяжелым течением.

**Системные осложнения панкреатита – полиорганная недостаточность. Эффективные методы лечения токсической фазы – заместительная, волевическая и реологическая инфузионная терапия и парентеральное питание, антибактериальная терапия/профилактика, плазмаферез; раннее энтеральное питание и кишечной деконтаминация.**

Системный ответ при панкреатите варьирует от незначительной гипертермии до молниеносно развивающейся полиорганной недостаточности с летальным исходом. Транскапиллярная экссудация и секвестрация жидкости в тканях определяют гиповолемический шок, однако, наблюдается и низкое периферическое сопротивление,

характерное для септического шока. Попытки поддержания адекватного объема циркуляции при этом лишь за счет агрессивной инфузии коллоидов обычно усугубляют секвестрацию жидкости. Рефрактерный к терапии шок требует мониторинга гемодинамических показателей и легочного капиллярного давления для рационального введения жидкости, а также диуретиков, инотропных препаратов и вазоконстрикторов, с целью оптимизации наполнения левого предсердия, сердечного выброса и периферического сосудистого сопротивления. Часто встречается дыхательная недостаточность. Боль способствует скоплению мокроты, ателектазам и пневмонии. Показано применение бронходилататоров, антибиотиков и физиотерпии. Плевральный выпот насыщенный ферментами может требовать пункций или дренирования. Повышение проницаемость капилляров вызывает интерстициальный отек, уменьшение сопротивления, вентилляционно-перфузионные нарушения и плохой газообмен - все это характеризует респираторный дистресс-синдром. Позднее развивается инфильтрация в корнях и артериальная гипоксия; возрастает периферическое легочное сопротивление; требуемое уменьшение легочного капиллярного давления заставляет ограничивать объем инфузии и бороться с относительной гиперволемией малого круга; к сожалению ограничение жидкости и применение диуретиков ухудшают функцию почек. Раннее применение вентилляции с положительным давлением выдоха (PEEP) сохраняет проходимость бронхиол. При олигурии персистирующей, несмотря на инфузию кристаллоидов и коллоидов, рекомендуется применение допамина (2-5 мг\кг\мин). Диуретики вызывают водный диурез, однако не всегда истинно улучшают почечную функцию. Развившаяся почечная недостаточность требует экстракорпорального гемодиализа или ультрафильтрации; перитонеальный диализ усугубляет потери альбумина и нарушает дыхание. Шок и сепсис вызывают нарушение печеночных функций и паренхиматозную желтуху.

Гипоальбуминемия отражает перераспределение жидкости и плазмы, характерное для острой фазы. Требуют мониторинга и коррекции параметры коагуляции и фибринолиза, равно и тромбоцитопения. Метаболические проблемы включают гипергликемию вкупе с гиперглюкагонемией и повышением уровня стрессовых гормонов, что требует инфузии инсулина. Вспомогательное парентеральное питание при этом должно включать жировые эмульсии, позволяющие нивелировать гипергликемию ассоциированную с процедурой. Нарушения вентиляции и перфузии ведут к метаболическому лактатному ацидозу (анаэробный метаболизм). Гипокальцемиа часто соответствует гипоальбуминемии, однако введение кальция показано только при судорогах, эпилептиформных припадках или кардиальной аритмии (до 100 ммоль/стк).

Патогенетическое лечение острого панкреатита тяжелого течения требует проведения интенсивной терапии нацеленной на основные перечисленные проблемы. Концепция патогенеза, представление о системном воспалительном ответе, накопленный клинический опыт свидетельствуют о наличии нескольких методик эффективных в ранний период течения болезни; их же применение обосновано и при прогнозировании тяжелого течения.

Логическим выводом из концепции ферментной токсемии будет абсолютный голод («сухая голодовка»), обеспечивающий функциональный покой органа: угнетается выработка ферментов, снижается потребность ткани в кислороде; при гастродуоденостазе и парезе кишечника оправдана пролонгированная назо-гастральная декомпрессия. Минимальная длительность голода определяется сохраняющимся болевым синдромом, ферментемией, парезом кишечника и гастростазом: общая практика - 2-3 дополнительных дня голода после стихания симптоматики. Полный голод предполагает заместительную терапию минимальный объем которой 3-4 литра/стк должен дополняться подсчитываемой компенсацией потерь.

При длительности голодовки более 4-5 дней показано парентеральное питание (аминокислоты, жировые эмульсии, глюкоза, минеральные и витаминные добавки). Нарушение защитного барьера слизистой ЖКТ – один из важнейших компонентов развития SIRS и полиорганной недостаточности, а такое нарушение напрямую связано с отсутствием энтерального питания. Нет экспериментальных и клинических свидетельств стимуляции панкреатической секреции при введении питательных веществ (элементная диета) в тонкую кишку. Имеются клинические данные об уменьшении тяжести проявлений SIRS и эндотоксемии при раннем начале зондового (в тощую кишку) питания; следует избегать смесей для энтерального питания богатых жиром и протеином.. При восстановлении перорального питания панкреатическая стимуляция минимизируется диетой.

Проведение антибиотикотерапии/профилактики с самого начала заболевания показано при панкреонекрозе (или при панкреатите тяжелого течения, APACHE > 9) независимо от генеза (автономный и билиарный). До получения данных бактериологического исследования инициальная антибактериальная терапия основывается на представлении об инфицировании из просвета ЖКТ, монофлоре (преимущественно Грам-отрицательной). Типичная флора при панкреонекрозе - энтеробактерии, энтерококки, стафилококки, *Escherichia coli*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Enterobacter* и анаэробы, при этом возможно одномоментное грибковое инфицирование (*Candida*) – до 20%. Лечебную концентрация в поджелудочной железе в отношении указанных возбудителей достигается применением: Имидазола (имипенем циластатин), фторхинолонов (офлоксацин, ципрофлоксацин), цефалоспорины III поколения (цефуроксим), метронидазола, флюконазола (дифлюкан) для грибковой флоры. Основной способ введения препаратов – внутривенный, болюсный. Перспективным направлением профилактики инфицирования при панкреонекрозе в связи с известным источником – ЖКТ – является санация его просвета. Реализация идеи – оральная и ректальная терапия на фоне

первичной системной антибиотикопрофилактики до достижения стерильности ЖКТ (неделя): оральная – в зонд Колистин сульфат 200мг + Амфотерицин 500 мг + Норфлоксацин 50 мг каждые 6 часов; ректально – ежедневная клизма с суточной дозой этих же препаратов.

Детоксикация основана на гиперводемическом форсированном диурезе при сохраненной почечной функции. Применение ингибиторов протеаз, цитостатиков и соматостатина не имеет статистически верифицированной эффективности (корректируемые ими механизмы развития болезни дезактуализируются задолго до поступления больного в стационар). Есть первые клинические результаты применения антагониста РАФ - «Lexipafant» (инфузия 100 мг/стк, ранее 2 стк от начала панкреатита, целесообразная длительность лечения до 7 стк).

Плазмаферез (Therapeutic Plasma Exchange) – наиболее часто применяемый и эффективный метод. Идея плазмафереза - элиминация плазменной гиперактивности медиаторов воспаления, с заменой на свежзамороженую плазму несущую дополнительный объем ингибиторов воспаления. Клинические данные свидетельствуют о достоверном снижении ранней летальности и частоты оперативных пособий.

### **«Местные» осложнения панкреатита. «Атлантическая» классификация – основа принятия стратегических решений.**

Одним из частых проявлений являются жидкостные скопления в забрюшинном пространстве и брюшной полости, клиническое значение которых определяется их размерами, характером содержимого, сроками появления и длительностью существования, корреляцией с общей симптоматикой. Лаваж брюшной полости позволяет эвакуировать экссудат, представляющийся токсичным, однако достоверных данных о влиянии такой процедуры на исходы заболевания нет. Ограниченные скопления жидкости аналогичного характера наиболее часто встречаются в сальниковой сумке.

Целесообразны пункция под УЗ-наведением для определения характера и инфицированности экссудата, однако проведение дренирования показано только при нагноении или длительном - более 4-6 недель - существовании такого перипанкреатического выпота. Формирование псевдокист - процесс о котором можно говорить не ранее 6-8 недель после начала панкреатита. Пункция и дренирование кист под УЗ или КТ наведением преследуют декомпрессию и санацию, а также оценку связи кисты с протоковой системой. При существовании такой связи наружное дренирование часто ведет к формированию панкреатического свища. Показания к оперативному лечению определяются размерами кист (кисты менее 5-6 см редко требуют радикального лечения) и связанными с ними осложнениями - билиарной гипертензией, желудочно-дуоденальной непроходимостью, разрывом кисты с шоком и панкреатогенным асцитом/перитонитом, кровотечением при аррозии сосудов. Оперативное лечение заключается в цистодигестивных анастомозах или дистальных резекциях поджелудочной железы; существуют технологии эндоскопического создания цистогастроанастомоза - в кисту фиксированную к задней стенке желудка прожигают свищевой ход - и дренирования под УЗ-наведением через просвет желудка или двенадцатиперстной кишки, с последующим формированием цистодигестивного анастомоза. Одна из опасностей ложной кисты - кровотечение в ее просвет, делающее невозможным выполнение анастомоза и влекущее за собой необходимость удаления кисты/резекции поджелудочной железы, часто весьма обширной.

Инфекционные осложнения панкреонекроза определяют вторую, после ранней, составляющую летальности. Понятие панкреатического инфицирования включает не только саму инфицированность, но и клинические проявления ее.

Главное морфологическое различие двух форм инфекционных осложнений - различие между панкреатогенным абсцессом и

инфицированным некрозом (забрюшинной флегмоной). Клинические проявления септического процесса равно очевидны в обеих группах, однако существенные различия выявляются в тяжести состояния, течения и перспективах излечения. Такое различие нашло отражение в Атлантической классификации, выделяющей три формы панкреатического инфицирования: Инфицированная панкреатогенная псевдокиста – инкапсулированное скопление панкреатического сока, с положительными бактериальными посевами. Панкреатогенный абсцесс – локализованное скопление гноя и детрита в поджелудочной железе или парапанкреатической клетчатке, отграниченное более или менее выраженной псевдокапсулой (пиогенной мембраной). Панкреатогенный абсцесс – вариант панкреатического инфицирования с небольшим объемом поражения поджелудочной железы и/или перипанкреатической клетчатки или позднее инфицирование стерильного панкреонекроза (в этом случае абсцессы могут достигать довольно больших размеров). Принципиальным лечением является закрытое (УЗ или РКТ\ЯМР - наведение) или открытое оперативное дренирование. Проблемы малоинвазивных методик дренирования могут быть связаны с локализацией абсцесса и трудностями постановки катетера и вязким характером содержимого, затрудняющим санацию через тонкие дренажи; в этих случаях выполняется традиционное оперативное дренирование с одномоментной оперативной санацией.

Операция может быть выполнена и с использованием техники «открытой лапароскопии» - разреза длиной около 5 см, осуществляемого специальным набором ретракторов, или нескольких таких доступов при множественных гнойниках.

Инфицированный некроз – диффузное бактериальное воспаление некротизированной ткани поджелудочной железы и/или парапанкреатической клетчатки, часто распространяющееся глубоко в ретроперитонеальном пространстве, не отграниченное фиброзными тканевыми барьерами, не содержащее локализованных скоплений гноя.

Изначально стерильный некроз инфицируется с развитием забрюшинной флегмоны и может осложняться панкреатогенным перитонитом. Характерным в клинической картине служит выраженность болевого приступа, прогрессирующая в первые часы и дни полиорганная недостаточность. Инфицирование процесса с характерными септическими симптомами становится очевидным чаще всего на второй неделе заболевания. Для такого течения процесса характерно отсутствие выраженной фазовости – персистирующие проявления «токсической» фазы дополняются септической симптоматикой. Целесообразна тонгоигольная аспирация скоплений жидкости и подозрительных на секвестрацию участков с бактериологическим исследованием. Принципиальная стратегия лечения – хирургическое пособие направленное на удаление некротизированной поджелудочной железы и перипанкреатической клетчатки.

Применение лишь малоинвазивных дренирующих пособий не может решить существа проблемы, но лишь отсрочивает, а иногда и затягивает, необходимое выполнение радикального хирургического пособия.

Безусловно неоправданы ранее широко распространенные экстренные оперативные дренирования сальниковой сумки и брюшной полости - выполнение всех диагностических и лечебных задач такой экстренной лапаротомии возможно с использованием малоинвазивных пособий.

Наиболее распространена при тотальном инфицированном панкреонекрозе тактика программированных отсроченных некротосеквестрэктомий. Теоретической предпосылкой является достаточное отторжение (секвестрация) некроза к 10-14 суткам от начала заболевания. При персистировании токсемии и наслоении септических проявлений (т.н. `overlapping course`) более ранняя некротопанкреатэтомия (на 1-2 неделе заболевания) обуславливается невозможностью консервативной коррекции токсических и септических проблем и ухудшением состояния больного. Показания к пособию основываются на клинической и УЗ/РКТ/ЯМР картине

забрюшинной флегмоны, некорректируемых септических проявлениях. Суть пособия - максимально возможная, но относительно безопасная вследствие отторжения, ликвидация некротизированных участков ткани поджелудочной железы и гнойных затеков, санация свободной брюшной полости при необходимости и создание барьеров для ее последующего вовлечения, открытое (тампонирование) или закрытое дренирование забрюшинного пространства. Тактика предусматривает возможность повторных некротосеквестрэктомий, выполняемых как программированные, т.е. назначаемые в ходе предшествующего пособия, или по клиническим показаниям. Такая тактика в совокупном материале и больших сериях дает 12-20% летальности при тотальном инфицированном панкреонекрозе. Реализация изложенной стратегии возможна в технике «открытой лапароскопии». Применение минидоступа или даже минидоступов вкупе с характерными техническими приемами уменьшает общую травматичность пособия. Это связано прежде всего с оперативным доступом, исключающего тяжелые нагноения брюшной стенки и эвентерации, и характером манипуляций, обеспечивающим как бы «локальность» вмешательства, с малой выраженностью послеоперационного пареза кишечника и определяемых нарушений вентиляции. В достаточно большой части случаев техника «открытой лапароскопии» позволяет выполнить все манипуляции аналогично традиционным при той же стоимости лечения.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Клинически значимыми представляются следующие общие положения:

- диагноз «панкреатит» объединяет разные по тяжести состояния от abortивных приступов до тотального инфицированного панкреонекроза
- оценка ситуации основывается на сопоставлении клинических и «морфологических» изменений; следует различать билиарный и автономный панкреатит; лечение билиарного панкреатита включает и коррекцию ЖКБ и ее осложнений

- тяжесть состояния и прогноз коррелируют с распространенностью некроза и его инфицированностью

- фазовость течения патологического процесса и трудности прогнозирования исходов определяют отказ от ранних оперативных пособий любой радикальности; перспективы оптимизации лечебной стратегии связывают с разработкой с клиническим применением систем ранжирования (в настоящее время - АРАСНЕ II)

- инициальное лечение состоит в функциональном угнетении, дезинтоксикации и профилактике/терапии инфицирования; при билиарном панкреатите может требоваться ЭПСТ; клиническая ситуация крайней тяжести носит черты смешанного септического и гиповолемического шока

- малоинвазивные манипуляции в ранней фазе имеют диагностическое и прогностическое значение; эвакуация жидкостных скоплений достоверно не влияет на исходы болезни

- при формировании панкреатогенных абсцессов оправдана максимально консервативная выжидательная тактика, с преимущественным применением малоинвазивных методов дренирования

- при формировании ложных кист характер пособий и их необходимость определяются размерами, локализацией, клиническими проявлениями и развивающимися осложнениями; наружное дренирование нецелесообразно при связи кисты с протоковой системой

- при развитии тотального инфицированного панкреонекроза оправдана стратегия отсроченных программированных некротосеквестрэктомий; возможна ее реализация в технике «открытой лапароскопии»

- Главное достижение – несомненное снижение летальности. До середины 80х летальность при всех острых атаках панкреатита оценивалась в 11-15%, сейчас публикуют летальность в 5-10%. Летальность при панкреатите тяжелого течения снизилась с 30-50% до 10-20%.

- Достижения определившие уменьшение летальности : разработка адекватных систем определения тяжести и прогнозирования; лечение больного с панкреатитом тяжелого течения в БИТе; информативность КТ с контрастным усилением, шкала тяжести по Balthazar; верификация инфицированности процесса (тонкоигольная аспирация); появление концепции программированной отсроченной санации; агрессивная хирургическая стратегия при панкреонекрозе крайне тяжелого течения; понимание тяжелого течения как SIRS, и ободочной кишки как источника инфицирования; появление эффективных антибиотиков (имипемем, фторхинолоны, цефалоспорины III, дифлюкан); ЭПСТ при билиарном панкреатите с билиарным блоком; парентеральное и энтеральное питание.

## Проверьте свои знания на тестовых задачах

### I. Острый алкогольный панкреатит тяжелого течения.

Мужчина, 47 лет, поступил в экстренном порядке в жалобами на сильные боли в верхней половине живота, выраженную тошноту, повторную рвоту. Началу болей около суток назад предшествовало двухдневное употребление алкоголя. Состояние тяжелое, субиктеричность склер. Одышка в покое до 28 в минуту, ЧСС 120/мин, ритм правильный, АД 100/60 ммртст. Живот вздут, болезненный в эпигастрии, где нечетко определяется инфильтрат.

1. Наиболее информативный неинвазивный метод диагностики

- А. Рентгеновская КТ
- Б. УЗИ
- В. Сцинтиграфия гепатобилиарной системы
- Г. Лабораторная диагностика
- Д. Лапароскопия

2. Какой фактор наиболее значим в развитии осложнений

- А. Возраст больного
- Б. Выраженность гипербилирубинемии
- В. Инфицированность, спектр микрофлоры
- Г. Интенсивность гиперамилаземии
- Д. Алкогольный генез

3. Что патогенетически определяет тяжесть состояния больного

- А. Гнойная интоксикация
- Б. Гиповолемия
- В. Системный воспалительный ответ (SIRS)
- Г. Ферментемия (ферментная токсемия)
- Д. Алкогольная интоксикация

4. Стратегия лечения (выбрать из указанного)

- А. Инфузионная дезинтоксикационная терапия (ИТ)
- Б. ИТ + антибиотикотерапия
- В. ИТ + назобилиарное дренирование
- Г. ИТ + лапароскопическая санация брюшной полости
- Д. Экстренное радикальное оперативное пособие

## **II. Первично инфицированный панкреонекроз**

Мужчина, 47 лет, поступил в экстренном порядке в жалобами на сильные боли в верхней половине живота – диагностирован острый панкреатит. Состояние расценивалось как тяжелое, отмечались тахикардия, гипотония, определялся инфильтрат в эпигастрии. Через 7 дней интенсивного консервативного лечения состояние не улучшается – сохраняется тахикардия, тенденция к гипотонии, достаточный диурез достигается только при стимуляции, персистируют проявления пареза кишечника, дыхательной недостаточности. Рентгенологически выявляется плевральный выпот слева; в эпигастрии определяется инфильтрат больших размеров без четких контуров, появилась гектическая лихорадка.

1. Верифицировать инфицированность панкреонекроза в

ранней стадии можно проведя бактериологическое исследование

- А. Периферической крови
- Б. Материала из фатерова соска (при дуоденоскопии)
- В. Плеврального выпота
- Г. Пунктата ткани поджелудочной железы (при УЗ-наведении)
- Д. Портальной крови

2. Верификация объема поражения поджелудочной железы

наиболее точна с использованием

- А. Лапароскопии
- Б. УЗИ
- В. ЯМРТ
- Г. РКТ с сосудистым контрастированием
- Д. Интраоперационного УЗИ

3. Какова адекватная программа консервативного лечения на данный момент

1. Дезинтоксикационная инфузионная терапия
2. Антибиотикотерапия
3. Плазмаферез
4. Волемическая и реологическая инфузионная терапия
5. Парентеральное питание

- А. 1,4
- Б. 1,3,5
- В. 2,3
- Г. 1,2,3,4
- Д. 1,3,4,5

4. Какова хирургическая стратегия при таком варианте течения панкреонекроза

- А. Экстренная панкреатэктомия
- Б. Ранняя панкреатонекрозэктомия
- В. Отсроченная некротосеквестрэктомия
- Г. Пункции и дренирования под УЗ-наведением
- Д. Консервативное лечение

### III. Билиарный панкреатит

Женщина 62 лет, доставлена через полсутки от начала заболевания в среднетяжелом состоянии. Отмечает боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, левую лопатку, повторную рвоту. Живот умеренно вздут, пальпаторная болезненность в верхней половине живота, очевидная желтуха. В течение трех лет страдает желчекаменной болезнью, около полугода назад был похожий эпизод, существенно меньшей интенсивности, с транзиторной желтухой; сопутствующей патологии нет. При УЗИ выявляется холецистолитиаз без признаков обструкции, незначительное расширение внутрипеченочных протоков, холедох 11 мм, диффузное увеличение поджелудочной железы, гипоэхогенность ее ткани, минимальный свободный выпот в брюшной полости. Гиперамилаземия, незначительная гипербилирубинемия.

1. Вероятный этиопатогенез изложенной ситуации

- А. Вклинение или пассаж конкремента в фатеровом соске
- Б. Гематогенное инфицирование поджелудочной железы
- В. Лимфогенное инфицирование поджелудочной железы
- Г. Билиарная гипертензия в связи с индуративным панкреатитом
- Д. Острый автономный панкреатит

2. Метод верифицирующий патогенез изложенной ситуации

- А. Биохимическое исследование
- Б. Лапароскопия, исследование брюшного выпота
- В. Дуоденоскопия, РХПГ (ретроградная холангиопанкреатография)
- Г. Динамическое (повторное) УЗИ
- Д. Сцинтиграфия гепатобилиарной системы

3. Рациональное лечебное мероприятие при верификации

диагноза

- А. ЭПСТ (эндоскопическая папиллосфинктеротомия)
  - Б. Микрохолецистостомия под УЗ-наведением
  - В. Лапароскопическая холецистостомия
  - Г. Билиодигестивный анастомоз
  - Д. Холецистэктомия, дренирование холедоха
4. Рациональная лечебная стратегия
- А. Только консервативное лечение (без инвазивных процедур)
  - Б. Эндоскопическая коррекция без оперативного лечения
  - В. Эндоскопическая коррекция с отложенным оперативным пособием
  - Г. Экстренное радикальное оперативное пособие
  - Д. Экстренное паллиативное оперативное пособие

**Ответы**

- I. 1-А, 2-В, 3-В, 4-Б
- II. 1-Г, 2-Г, 3-Г, 4-Б
- III. 1-А, 2-В, 3-А, 4-В.

**ГОУ ВПО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА**

**Кафедра факультетской хирургии №2 лечебного факультета**

---

Составитель: доц. Зубцов В.Ю.

## **Острая кишечная непроходимость**

---

Методическое пособие для студентов старших курсов, интернов, ординаторов и  
практикующих врачей

Под редакцией проф. А.М. Шулутко, проф. В.И. Семикова

**МОСКВА 2010**

**ОБЩАЯ ЦЕЛЬ** – умение постановки диагноза «острая кишечная непроходимость» в её типичном течении с обоснованием методов диагностики и лечения.

### **Необходимо знать:**

1. Определение основных понятий: «острая кишечная непроходимость», механическая и динамическая кишечная непроходимость, заворот, странгуляция и обтурация, инвагинация
2. Классификации острой кишечной непроходимости в зависимости от различных признаков происхождения и клинического течения. Этиологию острой кишечной непроходимости (производящие факторы и предрасполагающие факторы). Патогенез острой кишечной непроходимости (различия в патогенезе механической и динамической кишечной непроходимости), картину морфологических изменений при острой кишечной непроходимости в зависимости от вида непроходимости и стадии заболевания, характеристику водно-электролитных нарушений при данной патологии.
3. Основные характеристики лабораторных и инструментальных методов применяемых при диагностике острой кишечной непроходимости.
4. Типичные клинические проявления острой кишечной непроходимости: местные и общие проявления при данной патологии, симптомы и их сочетания, характерные для кишечной непроходимости. Типичное течение обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости.
5. Правила формулирования диагноза «Острая кишечная непроходимость» с использованием предварительного и клинического диагностических алгоритмов. Дифференциальная диагностика острой кишечной непроходимости и других экстренных хирургических заболеваний брюшной полости.
6. Принципы выбора методов лечения : консервативный, хирургический. Объем и план предоперационной подготовки.

### **Необходимо уметь:**

1. Правильно выявить и интерпретировать жалобы больных острой кишечной непроходимостью.
2. Правильно собрать анамнез у больного с предполагаемой острой кишечной непроходимостью

3. Произвести осмотр и провести физикальное исследование пациента (перкуссия, аускультацию, пальпацию живота, пальцевое ректальное исследование).
4. Сформулировать предварительный диагноз, на основании выявленных при обследовании симптомов.
5. Составить план обследования пациента для подтверждения предполагаемого диагноза «Острая кишечная непроходимость».
6. На основании полученных при обследовании данных провести дифференциальный диагноз острой кишечной непроходимости с другой экстренной хирургической патологией брюшной полости.
7. Сформулировать клинический диагноз на основе правильной трактовки результатов лабораторных и инструментальных методов обследования.
8. Выбрать и обосновать тактику и способы лечения заболевания, определить показания к операции.

**Необходимо владеть:**

1. Основные приемы физикального обследования пациента (перкуссия, аускультация, пальпация живота, пальцевое ректальное исследование)
2. Методикой выполнения зондирования желудка, интерпретации основных рентгенологических феноменов острой кишечной непроходимости (чаши Клойбера) выполнения очистительной и сифонной клизмы
3. Способностью поиска литературы и работы с литературными источниками.

## ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

### ВВЕДЕНИЕ

Острая кишечная непроходимость (ОКН) относится к одному из наиболее сложных патологических состояний в экстренной хирургии. Остаются стабильными высокие цифры летальности и значительное число послеоперационных осложнений. Неблагоприятные исходы оперативного лечения ОКН, прежде всего, связаны с тяжестью состояния пациентов на поздних стадиях заболевания, что обусловлено несвоевременным обращением больных, а также диагностическими и тактическими ошибками. Этому в значительной степени способствует увеличивающийся удельный вес лиц пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Летальность при ОКН, по данным различных авторов, колеблется от 4 до 30% (Петров В.П. и соавт., 1999). Такое несходство цифр объясняется изучением разных групп больных - по возрасту, причинам, формам и стадиям ОКН. В среднем летальность составляет около 15%. При этом все исследователи единогласны в том, что более половины всех случаев летальности при ОКН приходится на больных пожилого и старческого возраста. Несмотря на огромное количество литературы, казалось бы, освещающей все нюансы этого заболевания, многие вопросы патогенеза, диагностики и лечения ОКН остаются до конца не решенными или спорными. Клинико-лабораторные критерии ОКН многообразны и подвержены изменениям. Поэтому непрерывно идет поиск новых методов диагностики.

К настоящему времени структура ОКН по сравнению с прошедшими десятилетиями значительно изменилась. В основном преобладают спаечная тонкокишечная и опухолевая толстокишечная непроходимость. Такие формы, как узлообразование, заворот и инвагинация, встречаются относительно редко. Тем не менее, наблюдаются атипичные формы. К примеру, высокая тонкокишечная непроходимость. Наиболее серьезной проблемой остается спаечная непроходимость. Патогенез ее сложен. В ней могут сочетаться или изолированно преобладать обтурационный и странгуляционный компоненты. Обтурация возникает в конгломератах спаянных между собой петель кишечника, а также за счет перегибов, "двустволок", сдавлением тяжами. Странгуляция обуславливается сдавлением сосудов брыжейки. Также возможно преобладание динамического компонента непроходимости при функциональных перегрузках кишечника на фоне спаечного процесса и так называемый "перемежающийся" илеус. Хроническую спаечную болезнь, которая проявляется симптомами динамической непроходимости, и острую механическую спаечную непроходимость в ряде случаев отдифференцировать сложно. Часто отмечается неправильный выбор лечебной тактики вследствие недооценки или переоценки

эффективности консервативных мероприятий. В этих ситуациях диагностические сложности возникают даже у самых опытных хирургов. К тому же известно, что удачный исход операции при спаечном процессе не всегда исключает возможности развития очередного рецидива спаечной непроходимости. Не случайно число больных, перенесших многократные оперативные вмешательства по поводу осложнений спаечного процесса, не имеет тенденции к уменьшению. Не разрешенной проблемой остаются стойкие послеоперационные парезы кишечника. В этих случаях возможны необоснованные повторные вмешательства. В то же время основная часть больных с ранней послеоперационной непроходимостью оперируются с опозданием. Значительную часть лиц с опухолевой непроходимостью толстого кишечника составляют больные пожилого возраста, многие из которых страдают тяжелой сопутствующей патологией. Однако было бы напрасно воспринимать все проблемы ОКН в "черном цвете". Знание особенностей клинических проявлений различных форм, разумное использование рентгенологических, ультразвуковых и эндоскопических методов исследований дают возможность решить основные вопросы диагностики. Своевременно и квалифицированно выполненное оперативное вмешательство, а также качественное послеоперационное лечение увеличивают шансы на выздоровление. Сроки поступления больных с ОКН в хирургические стационары во многом зависят от врачей широкой сети поликлиник, амбулаторий и скорой помощи, к которым в первую очередь обращаются эти пациенты.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ**

*Острая кишечная непроходимость (ileus) - заболевание, возникающее вследствие нарушения прохождения (пассажа) содержимого по кишечнику, обусловленного обтурацией (obturatio - закупорка), сдавлением (strangulatio - сдавление, удушение) или его функциональными нарушениями.* Термин "илеус" впервые встречается в трудах Гиппократ (от древнегреческого eileo - вращать, скручивать; другая транскрипция eileos - заворот, закупорка). Синонимами термина "илеус" являются латинские названия *occlusio intestini; obstructio intestinalis*. Гиппократ полагал, что кишечная непроходимость возникает вследствие воспалительных процессов. Лишь по мере развития патологической анатомии, в XVI-XVIII веках, при вскрытиях стали устанавливаться различные причины этого заболевания. В России первая публикация по данной патологии принадлежит Н.М. Амбодик-Максимовичу. В работе "Илеус", опубликованной в 1848 году, Н.И. Пирогов выделил некоторые формы непроходимости кишечника. В 1889 году E. Wahl впервые разделил непроходимость на две группы - странгуляционную и обтурационную. При странгуляционной форме, кроме препятствия для пассажа содержимого по кишечнику,

остро нарушается брыжеечное кровообращение. При обтурации закрывается только просвет кишки.

Существует несколько классификаций ОКН. Ее разделяют на врожденную непроходимость кишечника, обусловленную неправильным развитием кишечной трубки во внутриутробном периоде, и приобретенную. Выделяют две группы ОКН: механическую, вызванную наличием препятствия по ходу кишечника, и динамическую, связанную с расстройствами кишечной перистальтики. Механическая непроходимость может быть обтурационной, странгуляционной и сочетанной (Рис. 1-8).

Рис. 1. Кишечная непроходимость вследствие препятствия. Обструкция: инородные тела в просвете кишки (желчный камень, безоар и другие).

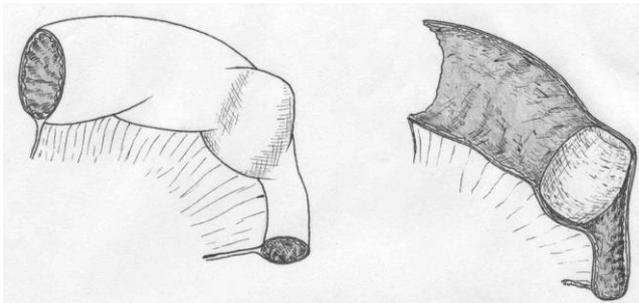


Рис. 2. Кишечная непроходимость вследствие препятствия. Констрикция (лат. *constrictio* – сужение): сужение просвета кишки патологическим процессом (стенозирующие опухоли, последствия болезни Крона и другие причины).

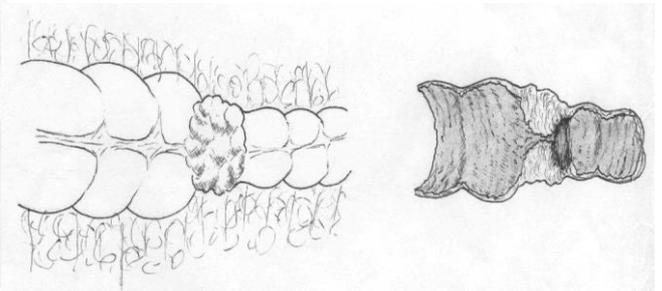


Рис. 3. Кишечная непроходимость вследствие препятствия. Компрессия (лат. *compresio* – сдавление): сдавление просвета извне (киста, опухоль брюшной полости).

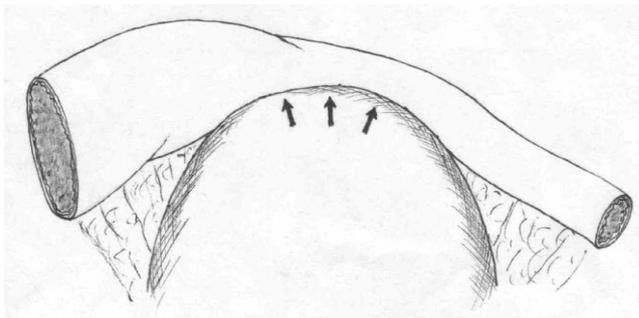


Рис. 4. Кишечная непроходимость вследствие препятствия. Ангуляция (лат. *angulatio* – перегиб): перегиб кишки с образованием "двустволки" (брюшинные спайки).

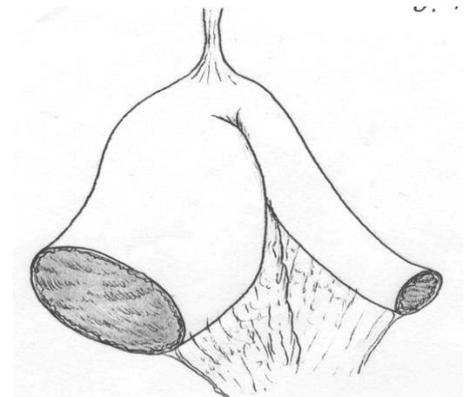


Рис. 5. Механическая кишечная непроходимость с нарушением кровоснабжения кишки – деструкция (лат. destructio – разрушение). Странгуляция (лат. strangulatio – удушение): сдавление кишки и ее брыжейки шнуровидной спайкой, ущемление в грыжевом кольце.

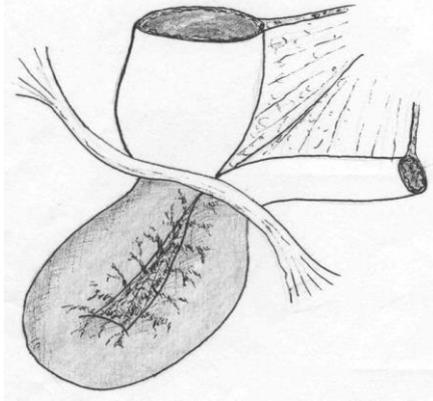


Рис. 6. Механическая кишечная непроходимость с нарушением кровоснабжения кишки. Заворот (лат. volvulus – заворот): перекручивание петли кишки и ее брыжейки.

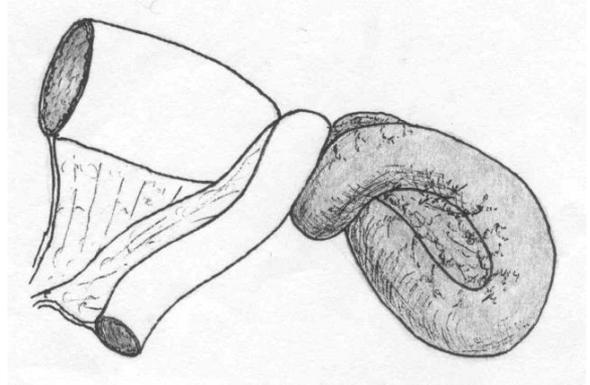


Рис. 7. Механическая кишечная непроходимость с нарушением кровоснабжения кишки. Инвагинация (лат. invaginatio – внедрение): внедрение участка кишки со своей брыжейкой в просвет другого участка кишки.

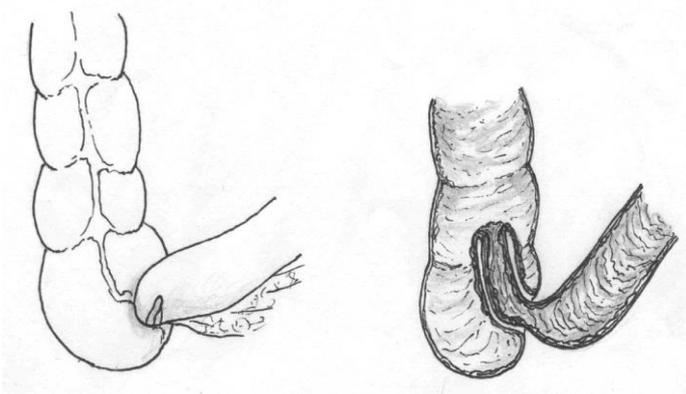
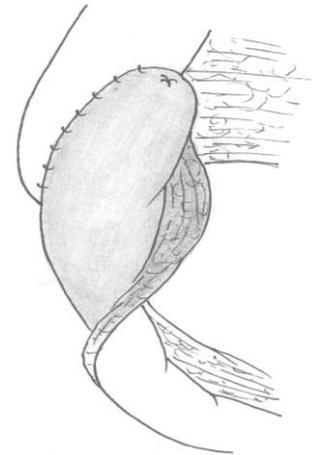


Рис. 8. Механическая кишечная непроходимость с нарушением кровоснабжения кишки. Закручивание (лат. torquatio – закручивание): закручивание петли кишки и ее брыжейки вдоль продольной оси (следствие технических ошибок при наложении анастомозов).



Сочетанные формы механической непроходимости являются промежуточными между обтурационной и странгуляционной. К ним относятся инвагинация, при которой сосуды брыжейки сдавливаются постепенно, а также некоторые формы спаечной непроходимости. Динамическая непроходимость возникает вследствие нарушения функционального состояния кишечника, и ее делят на спастическую и паралитическую. Паралитическая динамическая непроходимость наблюдается часто в хирургической практике. Чаще при построении классификаций используется пять признаков ОКН: 1) происхождение; 2) механизм возникновения; 3) состояние кровообращения стенки кишки; 4) локализация; 5) клиническое течение. По происхождению выделяют врожденную и приобретенную ОКН. По механизму возникновения - механическую и динамическую. По состоянию кровообращения стенки кишки различают обтурационную и странгуляционную ОКН. Обтурационная ОКН возникает вследствие закупорки кишки

опухолью, инородными телами, каловыми или желчными камнями, клубком аскарид и т.д. Это внутрикишечные причины обтурации. Существуют еще и внекишечные сдавления (компрессии) кишки гематомами или опухолями из других тканей или органов, рубцовыми тяжами, перегибами или перетяжками, спайками, которые не сдавливают брыжейку. К странгуляциям относятся завороты, узлообразование, перетяжки кишки спайками или тяжами одновременно с ее брыжейкой, ущемление в грыжевых воротах и т.д. По локализации разделяют тонкокишечную и толстокишечную непроходимость. Выделяют также высокую (условная граница тощей кишки) и низкую (препятствие в подвздошной кишке) тонкокишечную непроходимость. ОКН составляет 3,5-9,4% среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (Петров В.П. и соавт., 1999). В 70-80% случаев причиной механической непроходимости являются спайки, а в 20-30% - опухоли, рубцовые сужения, конкременты. В 30-45% случаев спайки вызывают динамическую непроходимость.

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Подвижность кишечника дает возможность приспособления к различным изменениям: постоянной перемене давления в нем, меняющемуся объему содержимого и другим факторам. Чаще всего двигательную активность кишечника ограничивают спайки.

Вопросам спайкообразования посвящено множество работ. Спаечный процесс, казалось бы, направленный на отграничение воспалительных, травматических, деструктивных и других патологических состояний в брюшной полости, в дальнейшем может стать причиной тяжелого заболевания. Образующиеся кишечно-сальниковые, кишечно-париетальные, межкишечные, париетально-сальниковые и другие сращения могут создавать в брюшной полости "карманы", "окна", "пазухи" или просто тяжи. В этих образованиях возможно ущемление подвижных сегментов тонкой (чаще подвздошной) кишки. В то же время сращения могут образовывать так называемые кишечные конгломераты, в которых при определенных условиях развивается обтурационная непроходимость. Образование отдельных спаянных петель в виде "двустволок", а также изолированных фиброзных тяжей может привести к обтурации, особенно при функциональных перегрузках кишечника. Рубцовые изменения брыжейки или фиброзные перерождения участков кишечной стенки порой становятся причиной ОКН. Врожденные образования в виде брыжеечных пазух и узких боковых каналов, складок брюшины, мезентерико-париетальных карманов, а также недоразвитой или длинной брыжейки

кишки могут служить причинами непроходимости. Чаще спаечная непроходимость бывает смешанного характера, когда присутствуют обтурационный и странгуляционный механизмы. Но может доминировать только динамический компонент. Последнее возникает в тех случаях, когда хронический спаечный процесс постоянно создает частичное нарушение пассажа пищи. При определенных условиях, особенно при повышенной функциональной нагрузке, возникает динамическая непроходимость, которая в результате консервативного лечения может разрешиться. Однако в этих же случаях возможно развитие обтурационной непроходимости. Эти ситуации вызывают значительные дифференциально-диагностические и тактические трудности. Также сложно дифференцировать динамическую и механическую непроходимость, возникшую в раннем послеоперационном периоде. Опухоли толстой кишки являются второй по частоте причиной развития ОКН. В основном в этих случаях наблюдается обтурационный механизм. ОКН может возникнуть вследствие сдавления кишки снаружи (компрессия) опухолями, кистами, воспалительными инфильтратами органов малого таза у женщин. Полипоз кишечника может служить причиной инвагинации.

Выделяют производящие факторы, которые при определенных условиях способствуют развитию ОКН. К этим факторам относятся: резкое увеличение двигательной активности кишечника при функциональных перегрузках определенным характером пищи или медикаментозных стимуляциях, повышениях внутрибрюшного давления, острых энтероколитах. Нарушения моторной функции кишечника могут привести к завороту, узлообразованию, ущемлению кишки тяжем или инвагинации. Однако производящие факторы ведут к ОКН при наличии предрасполагающих причин. Предрасполагающие факторы представляют собой врожденные или приобретенные процессы в виде спайкообразования, общей брыжейки слепой и подвздошной кишки, подвижной слепой кишки, долихосигмы, аномалии диафрагмы и брюшины. Последние могут образовывать карманы, щели, ворота и пазухи в брюшной полости. Опухоли, гематомы, инфильтраты, инородные тела брюшной полости и забрюшинного пространства, желчные и каловые камни, гельминты, куски непереваренной пищи и ряд других моментов могут предрасполагать к возникновению ОКН. К примеру, функциональное состояние тонкой кишки при длительном голодании или хроническом воспалительном заболевании (энтероколит) также является предрасполагающим моментом для развития ОКН.

Многочисленные неспецифические нарушения гомеостаза, которые свойственны острым хирургическим заболеваниям органов брюшной полости, присущи и ОКН. Однако имеются своеобразные факторы, которые следует учитывать в диагностике и при выборе

методов лечения. Эти факторы зависят от формы и стадии ОКН, особенностей организма, возраста и многих других состояний. Локальные патологические изменения в кишечнике, ведущие к нарушению его метаболизма, функции и структуры, являются начальным повреждающим фактором гомеостаза. При обтурации первоначально возникающий стаз кишечного содержимого приводит к повышению внутрикишечного давления и растяжению кишки, расположенной проксимальнее препятствия. В начальном периоде странгуляции местные изменения касаются, прежде всего, ущемления сосудов брыжейки и в меньшей степени они относятся к кишечному стазу. Тем не менее, при всех формах механической непроходимости решающим фактором возникновения деструкции кишечной стенки являются нарушения регионального кровообращения с последующей местной ишемией. Возникают микроциркуляторные изменения в виде замедления кровотока, стаза, агрегации эритроцитов и повышения проницаемости сосудистой стенки. В случаях странгуляции эти процессы протекают быстро, а при обтурации постепенно. При ущемлении сосудов брыжейки уже через три часа изменения в стенке кишки носят необратимый характер. Прежде всего страдает слизистая оболочка. Доказано, что уже через 45 минут после начала ОКН отмечаются подслизистый отек и изменения микроворсин эпителия. Сразу же утрачивается всасывательная способность кишки. При обтурации быстро повышающееся внутрикишечное давление. Несмотря на сохраняющийся кровоток, тотчас нарушается кровоснабжение слизистой оболочки кишки. Последняя наиболее требовательна к кислороду по сравнению с другими слоями кишки. Поэтому при ишемии способность слизистой оболочки кишки к усвоению аминокислот и углеводов быстро теряется. Альбумины из кровяного русла начинают просачиваться в полость кишечника. Это ведет к быстрым потерям белка. Известно, что в норме альбумин, поступающий из кровотока, в кишечнике катаболизируется до аминокислот. Эти аминокислоты абсорбируются и поступают в печень для нового цикла протеинового синтеза. Нарушения всасывания в кишечнике при ОКН происходят также вследствие гиперосмолярности застойного кишечного содержимого. Гиперосмолярность обусловлена пищеварительными ферментами и снижением утилизации расщепленных компонентов пищи. Гиперосмолярность кишечного содержимого играет огромную роль в процессе поступления значительного количества жидкости (секвестрация) в кишечник. Это ведет к быстрым водно-электролитным потерям. К тому же клетки слизистой оболочки кишечника при ОКН секретируют воду и электролиты в повышенном количестве. При ОКН рано интенсифицируются процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ). Повреждение мембранных структур ведет к освобождению лизосомальных гидролаз, которые, наряду с продуктами ПОЛ, вызывают деструктивные изменения кишечника.

Начинается рост кишечной флоры, продукты жизнедеятельности которой усиливают токсемию. Токсемии способствуют также продукты брожения кишечного содержимого: скатол, индол, фенол. Проведенные экспериментальные исследования показали, что уже с первых суток ОКН в плазме увеличивается содержание среднемолекулярных полипептидов в 1,7 раза, фенола - более чем в 1,4, серотонина - в 3,2 и этанола - в 2,9 раза. Эти изменения свидетельствуют об избыточном поступлении в кровь внутрикишечных метаболитов. В последние годы в патогенезе эндотоксикации большое значение отводится кининам. Кининовая и калликреин-кининовая система представляет собой комплекс ферментов и субстратов, основными из которых являются высокоактивные полипептиды – кинины. Физиологическое значение кининов изучено достаточно подробно, их эффект поливалентен и затрагивает практически все системы. Проведенные исследования показали, что при ОКН прослеживается увеличение концентрации циркулирующего в крови кининогена, превышающей контрольные показатели.

Нарушения моторной функции кишечника играют большую роль в патогенезе ОКН. В норме выделяют голодную или "межпищеварительную" перистальтику, которая регулируется автономным миотропным водителем ритма. Этот водитель ритма, так называемый "мигрирующий миоэлектролитный комплекс", расположен в двенадцатиперстной кишке. Второй вид перистальтики называется "пищеварительной". Она регулируется в основном центральными эндокринными механизмами. В начале развития ОКН возникают расстройства всех звеньев, регулирующих моторику кишечника. В ранних фазах это проявляется гипермоторикой, а позднее наступает полное угнетение двигательной активности кишечника. При расстройствах моторики нарушается ферментная секреция железистого аппарата кишечника, снижается полостное и пристеночное пищеварение. Эпителий тонкой кишки относится к обновляющимся системам. В норме ежедневно отторгается 300 граммов клеточной массы. Цикл полного обновления эпителия составляет около трех суток. При ОКН рано нарушаются фильтрация и реабсорбция кишечника. За сутки в норме в просвет кишечника выделяется до 6-8 литров жидкого содержимого. Вся эта жидкость реабсорбируется, а с калом выделяется около 180-250 мл воды. При ОКН усиливающаяся фильтрация из сосудистого русла и прогрессирующее снижение реабсорбции из кишечника ведут к тяжелым водно-электролитным нарушениям.

Как мы отмечали, вначале в кишечнике при ОКН появляется большое количество пищеварительных соков. Позднее в просвете кишечника скапливается много белка, ферментов, электролитов и других веществ, по составу напоминающих плазму. В итоге

теряется значительное количество воды, электролитов, белка, питательных веществ и пищеварительных соков. Только потери белка могут составлять до 300 граммов в сутки. Не случайно Н.Н. Самарин предложил "теорию нарушения кругооборота пищеварительных соков", объясняющую основные механизмы ОКН. В кишечнике происходит обильное газообразование. Основной составляющей частью газов кишечника является азот. В кишечнике быстро размножаются микробы и активизируется микробное ферментативное расщепление. Микроорганизмы перемещаются в проксимальные отделы кишечника, что носит название аллохтогенной (чужеродной) флоры. Также быстро развивается анаэробная микрофлора.

Интоксикация играет одну из главных ролей в патогенезе расстройств жизненно важных органов и систем. Имеется несколько источников интоксикации при ОКН. Она обусловлена неполным гидролизом белковых продуктов и образованием биогенных полипептидов вследствие симбионтного полостного пищеварения. Этому же способствует некроз кишечной стенки, бактериальные эндотоксины, дисбактериоз, содержимое кишечника и другие факторы. При ОКН нарушается противoinфекционная защита желудочно-кишечного тракта, которая является существенным компонентом общей иммунной системы. В норме эта защита осуществляется кислой средой желудка, секрецией тонкой кишкой слизи с лизоцимом, протеолитическими ферментами, моторной функцией кишечника и состоянием кишечной микрофлоры. Кроме того, лимфоциты кишечника вырабатывают секреторный IgA. Поэтому не случайно при ОКН часто возникают инфекционные осложнения в послеоперационном периоде. Различные отделы кишечника регулируются также диффузно размещенными в них специфическими клетками, которые выделяют биологически активные пептиды. Эти клетки относятся к эндокринной системе. Она носит название APUD-система (Amine content, Procustor Uptake, Decarboxilation), что переводится как усвоение и декарбоксилирование предшественников биогенных аминов. В кишечнике имеются также энтерохромциты, которые выделяют серотонин и мотилин. Эти вещества участвуют в регуляции моторной функции и гемодинамики кишечника. Данные системы также нарушаются при ОКН, что играет определенную роль в ее патогенезе. Постепенно при обтурационной непроходимости вследствие перерастяжения, а также гипоксического повреждения кишечной стенки и действия бактериальных факторов агрессии нарушается целостность кишки. Это ведет к развитию перитонита. Следует помнить, что в приводящем отделе деструкция кишки распространяется на 30-50 см от уровня обтурации. При странгуляции развивающийся некроз по типу геморрагического инфаркта стенки кишки быстро ведет к возникновению перитонита. Время, в течение которого при различных формах ОКН

развивается перитонит, различно. Однако, многие авторы выделяют три стадии развивающихся нарушений кишечной стенки. В первой стадии возникают острые нарушения кишечного пассажа, во второй - острые расстройства внутривисцеральной кишечной гемодинамики, а в третьей - перитонит. Общая реакция организма в ответ на развитие ОКН при разных формах имеет свои особенности. Тем не менее, в начальных стадиях при всех формах присутствует нервно-рефлекторный фактор. Выраженность первой реакции зависит от патологического очага. При странгуляционной непроходимости может отмечаться шокоподобное состояние с быстроразвивающимися расстройствами функций жизненно важных органов и систем. Многие исследователи называют эту фазу рефлекторной. О.С. Кочнев (1984) назвал эту начальную стадию "илеусным криком". Хотя при обтурационной и динамической кишечной непроходимости такие проявления могут быть слабовыраженными и даже стертыми. Затем нарушается функция нервных центров и возникают расстройства гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Начинаются прогрессирующие нарушения гемодинамики, дыхания и деятельности многих органов. Для второй фазы, которую некоторые авторы называют токсической, характерны прогрессирующий эндотоксикоз и нарушения метаболизма на всех уровнях. Нарушается отток крови по венам кишечника, уменьшается, а затем прекращается всасывание газа и жидкости, что еще более перерастягивает кишечные петли и усугубляет гипоксию. Усиливаются секреция пищеварительных желез и трансудация жидкости в просвет кишечника. Нарастают потери жизненно важных веществ. В тоже время токсические субстраты легко проникают через кишечную стенку и продолжают поступать в кровь в большом количестве. Постепенно нарушается отток по портальной системе, что усугубляет токсическое поражение ЦНС. Замыкается "порочный круг" и развивается полиорганная недостаточность.

## КЛИНИКА

Клиническая картина ОКН многообразна. Это обусловлено ее различными формами. Клиника зависит также от стадии ОКН, возраста пациентов и наличия сопутствующих заболеваний. Спаечная непроходимость, нередко сочетая в себе механические и функциональные компоненты, особенно отличается атипизмом клиники. Клинические проявления толстокишечной опухолевой непроходимости, как правило, нарастают постепенно. У лиц пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями клиника ОКН нередко атипична. Высокая тонкокишечная непроходимость отличается вариантами клинического течения. При этой локализации непроходимости клинические проявления в виде рвоты и быстро прогрессирующего ухудшения общего

состояния выходят на первый план и затмевают местные симптомы. Поэтому ошибки диагностики в этих ситуациях отмечаются часто.

Вначале мы излагаем общую, схематичную для всех форм клинику ОКН. Большинство авторов при описании клинической картины ОКН сообщают о том, что она складывается из групп симптомов. К первой группе симптомов относят местные проявления со стороны желудочно-кишечного тракта, а ко второй - общие расстройства. При этом все единодушно подчеркивают, что местные изменения различны и не патогномоничны. Все зависит от конкретной причины, вызвавшей ОКН. Тем не менее, одним из самых постоянных симптомов является боль. Болевой синдром встречается в 100% случаев. Характер, локализация, интенсивность и продолжительность боли различны и зависят от формы ОКН. Поэтому тщательный анализ болевого синдрома в определенной степени помогает установлению правильного диагноза. Для странгуляционной непроходимости характерно резкое, внезапное появление невыносимых болей постоянного характера. Эти боли могут привести к шокоподобному состоянию пациента. Считается, что для обтурационной, особенно тонкокишечной непроходимости, характерны схваткообразные, приступообразные боли. Вне приступа боли могут полностью стихать. В дальнейшем боль становится постоянной, что объясняется развитием пареза кишечника выше места обтурации. Начало болей при опухолевой толстокишечной непроходимости постепенное и медленно нарастающее. С течением времени по мере переполнения и перерастяжения кишечника содержимым боли нарастают. Однако в отличие от этих классических признаков прошлых лет, в последние десятилетия, когда стала преобладать спаечная непроходимость, болевой синдром порой теряет типичность. Нередко на фоне постоянных болей развиваются схваткообразные приступы. Следовательно, оценка болевого синдрома при ОКН должна подвергаться тщательному анализу. Локализация боли порой не соответствует уровню препятствия. Часто боли диффузные и расположены в нескольких отделах живота. При странгуляции боль обычно не имеет определенной локализации. Резюмируя вышесказанное, отмечаем, что схваткообразные боли характерны для острой обтурации тонкой кишки, резкие постоянные боли - для острой странгуляции, а медленно прогрессирующие разлитые боли, сопровождающиеся схваткообразными приступами - для толстокишечной опухолевой обтурации. При спаечной кишечной непроходимости возможно сочетание схваткообразных болей с постоянными.

Следующим классическим симптомом ОКН считается задержка стула и неотхождение газов. Однако в начальных стадиях этот признак встречается не у всех больных. Известно, что иногда в начале ОКН возможно даже опорожнение дистальных

отделов кишечника, что объясняется нейрорефлекторными, нейроэндокринными и другими воздействиями. По мере развития ОКН задержка стула и неотхождение газов становятся обязательными признаками. Одним из симптомов ОКН является рвота. Тем не менее, рвота – не постоянный симптом и зависит от уровня препятствия и формы непроходимости. В начале рвота носит рефлекторный характер, а в дальнейшем она обусловлена переполнением содержимым проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта. При высокой тонкокишечной непроходимости рвота сразу же бывает многократной и мучительной. Могут быть тошнота, отрыжка и икота. При низкой толстокишечной непроходимости в начале заболевания рвоты может не быть, а в дальнейшем - нередко лишь однократная рвота. При запущенных стадиях ОКН рвота бывает с запахом кишечного содержимого, так называемая "каловая рвота". На самом деле этот запах обусловлен гнилостной микрофлорой, которая мигрирует из дистальных в проксимальные отделы кишечника. При развитии перитонита также отмечается постоянная многократная рвота, не приносящая облегчения. В поздних стадиях ОКН рвота возникает также вследствие токсикоза и токсического отека мозга. Одним из признаков ОКН считается вздутие живота вследствие пареза различных отделов желудочно-кишечного тракта. При этом часто отмечается неравномерное вздутие живота за счет переполнения участка кишечника, расположенного выше уровня препятствия. При высокой тонкокишечной непроходимости вначале нет метеоризма. Для динамической паралитической кишечной непроходимости характерно равномерное вздутие живота. Выраженный метеоризм типичен также для низкой непроходимости. Иногда у худощавых людей отмечается видимая на глаз перистальтика раздутых петель кишечника.

Клиника высокой и низкой тонкокишечной непроходимости имеет различия. Выявление таких разновидностей, как высокая и низкая тонкокишечная непроходимость, несмотря на некоторую условность, приобретает отчетливо выраженное практическое значение. Проксимальные отделы тонкой кишки (условно до границы тощей и подвздошной кишки) реже являются местом формирования механического препятствия. На ранних стадиях высокой тонкокишечной непроходимости возникает бурная функциональная реакция в виде интенсивной перистальтики и антиперистальтики кишечника, расположенного выше препятствия. Это сопровождается рефлекторным расслаблением проксимальных мышечных сфинктеров и мучительной многократной рвотой. Быстро наступает потеря воды, белков, электролитов, ферментов, пищеварительных соков и других жизненно необходимых веществ. Этому также способствуют увеличивающаяся секреция и полное прекращение всасывания в проксимальных отделах желудочно-кишечного тракта. К тому же двенадцатиперстная

кишка и начальные отделы тонкого кишечника являются мощной рефлексогенной зоной. Все это ведет к появлению общих расстройств жизненно важных органов и систем. Клинические проявления со стороны органов брюшной полости минимальные и не типичные для ОКН. При этих формах, особенно в начале заболевания, боли локализуются чаще в эпигастрии. Вздутия кишечника или асимметрии живота нет. Чаще вначале отходят газы и, даже, бывает стул. Следовательно, высокая тонкокишечная непроходимость, как правило, вызывает диагностические трудности.

Общие расстройства при ОКН обусловлены главным образом эндотоксикозом и метаболическими нарушениями. Они взаимосвязаны. Страдает сердечно-сосудистая система. Вначале это проявляется тахикардией. Возможно нарушение коронарного кровообращения. Выраженная тахикардия до 120 ударов в минуту и выше свидетельствует о тяжелой интоксикации и обменных нарушениях. Появляются внешние признаки микроциркуляторных нарушений: бледность, цианоз губ и лица, а также подногтевого ложа. В более поздних стадиях эти явления нарастают и отмечается пятнистый цианоз ("мраморность" кожных покровов). Одышка свидетельствует также о поражениях легких. В поздних стадиях возможно развитие "шокового легкого". Заторможенность, частичная утрата ориентации или возбуждение и эйфория являются следствием нервно-психических расстройств. Жажда, сухость языка и слизистых полости рта и носа, а также исчезновение поверхностного венозного рельефа на конечностях являются признаками выраженной гипогидратации. При нарастании токсикоза сначала развивается функциональная недостаточность печени и почек. В дальнейшем возникает тяжелая полиорганная недостаточность.

## ДИАГНОСТИКА

Диагностике ОКН помогает тщательно собранный анамнез. Внезапное острое начало с жестокими постоянными болями характерно для странгуляции. При спаечной ОКН часто отмечаются имевшиеся ранее оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Для опухолевой толстокишечной непроходимости характерно постепенное нарастание клиники в течение 5-7 дней. При этом можно отметить похудание пациентов и неустойчивый стул в течение последнего года. Как мы отмечали, высокая тонкокишечная непроходимость начинается с многократной неукротимой рвоты и болей неопределенного характера в верхних отделах живота. Для динамической паралитической кишечной непроходимости типичным считается постепенно нарастающее вздутие всех отделов кишечника, сопровождающееся умеренными болями.

В начале заболевания язык может оставаться влажным, но затем отмечается его сухость. Вздутие живота (метеоризм) встречается очень часто, и лишь при высокой непроходимости сначала вздутия живота может не быть. Часто отмечается асимметрия живота за счет отграниченно растянутой кишечной петли. Этот признак получил название симптома Валя (1889). Перкуторно над этой кишкой, вызывающей асимметрию живота, определяется тимпанит. Это свидетельствует о пневматозе кишечника, что уже является патологией. При сотрясении брюшной стенки можно определить "шум плеска", который известен как симптом Склярова (1923). Это указывает на то, что паретическая петля кишечника переполнена содержимым: жидкостью и газами. В 1927 году И.И. Греков описал симптом, характерный для ОКН. При ректальном пальцевом исследовании он отметил снижение тонуса наружного сфинктера заднего прохода и баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки. В дальнейшем этот признак стал называться симптомом Обуховской больницы. Иногда, особенно у худощавых пациентов, можно отметить видимую перистальтику кишечника, в виде внезапно перекатывающихся и исчезающих выпячиваний. В этом случае употребляется образное выражение "сельди в бочке". Порой можно пропальпировать спаечный конгломерат или инвагинат в виде болезненной, подвижной или малоподвижной опухоли. Иногда пальпируется опухоль толстой кишки. Обязательно проводится пальпация мест возможных грыжевых ворот. В начале ОКН часто выслушивается оживленная перистальтика. В дальнейшем, по мере проявления и нарастания пневматоза кишечника, аускультативные шумы приобретают металлический оттенок. Иногда определяется звучное урчание и бульканье, что объясняется прохождением газов и жидкости через суженный участок кишки. При выраженном парезе кишечника и развивающемся перитоните перистальтика кишечника ослабевает и выслушивается лишь в виде отдельных слабых всплесков. Затем перистальтика полностью прекращается. На фоне увеличенного в объеме "молчащего живота" отчетливо выслушиваются сердечные тоны над всеми отделами брюшной полости. Это, как правило, бывает в поздних стадиях ОКН при развившемся перитоните. Постоянным признаком ОКН является тахикардия.

Изучая закономерности клиники ОКН, выделяют различные фазы или стадии. Первая, или начальная стадия проявляется ярким болевым синдромом и продолжается в зависимости от формы ОКН условно от 2 до 12 часов. Болевой синдром обусловлен ишемией кишечника. Поэтому эту стадию называют также ишемической. В основе второй стадии лежат острые нарушения внутристеночной гемодинамики. Клинически она проявляется эндотоксикозом и гемодинамическими нарушениями. В этой стадии отмечаются выраженные волевические нарушения, обусловленные массивными потерями

жидкости, электролитов, белков и других жизненноважных компонентов. Условно эта фаза продолжается от 12 до 36 часов. Для третьей стадии характерно присоединение разлитого перитонита. Условно эта фаза развивается спустя 36 часов от начала заболевания. Некоторые авторы выделяют стадию полиорганной недостаточности (Чернов В.Н. и соавт., 1998). Естественно в какой-то мере выделение этих стадий страдает схематизмом. К примеру, при отдельных формах спаечной непроходимости клиника может протекать перманентно. Тем не менее, знание общих закономерностей и клинических стадий ОКН позволяет выбрать адекватную тактику лечения.

Лабораторные и биохимические исследования мало помогают в диагностике непосредственно ОКН. Однако по ним можно судить о степени воспаления и токсикоза, о глубине расстройств функций печени, почек, сердца, легких, кислотно-основном состоянии и других обменных нарушениях. Суммируя полученную информацию можно провести бальную оценку тяжести состояния больных. Для этих целей используются различные критерии (система АРАСНЕ –1, 2 и другие), которые представлены в разделе "Перитонит". Рентгеновское обследование при ОКН, как ни при каком другом остром хирургическом заболевании органов брюшной полости, остается ведущим методом. Тем не менее, классические рентгенологические признаки ОКН в виде чаш Клойбера (скопление газа над уровнями жидкости) и тонкокишечные арки с поперечной исчерченностью перераздутого кишечника, как правило, отмечаются при выраженной клинической картине. Хотя, по данным ряда исследователей, чаши Клойбера возникают уже через 2-3 часа от начала ОКН. При тонкокишечной непроходимости число и размеры чаш Клойбера различны. При выраженной непроходимости количество их может достигать 15 и более. При толстокишечной непроходимости они первоначально расположены по ходу ободочной кишки и имеют большие размеры (порой 15-20 см). Высота газовых пузырей в этих чашах гораздо больше, чем при тонкокишечной непроходимости. Необходимо выявлять ранние и косвенные рентгенологические признаки ОКН. Однако в начальных фазах ОКН оценить эти признаки сложно. Прежде всего, при обзорных исследованиях следует обращать внимание на высоту стояния купола диафрагмы, ограничение ее подвижности, возможное наличие базального плеврита и дисковидных ателектазов легких. Перераздутые петли кишечника уже в ранних стадиях ОКН обуславливают повышенное стояние диафрагмы и ограничение ее дыхательных экскурсий. Газ, определяемый рентгенологически в тонкой кишке, всегда должен настораживать. Известно, что в норме пневматоза в тонкой кишке нет. Существует рентгенологический признак так называемой "изолированной петли". Для него характерно локальное скопление газа в петле кишечника и расширение ее просвета (рис.9). Считается,

что это характерно для ранних форм ОКН. Выделяют признаки, в определенной степени специфические для ранних и последующих стадий ОКН. Вначале выявляется изолированное вздутие тонкой кишки без уровней жидкости. Затем появляются горизонтальные уровни жидкости с газом над ним (чаши Клойбера) (рис. 9 – 10). И, наконец, определяется поперечная исчерченность перерездутых петель кишечника (складки Керкринга). В этот период длина уровней жидкости значительно увеличивается. В тоже время высота газового пузыря над уровнем жидкости резко снижается. Можно определить признак как бы "переливания" жидкости из одной петли в другую, что является отражением усиленной перистальтики и антиперистальтики участка кишечника, расположенного выше препятствия. Этот феномен сравнивается со своеобразным "качанием" жидкости по типу сообщающихся сосудов. При тонкокишечной непроходимости следует обращать внимание на состояние толстой кишки. В этих ситуациях, как правило, газ отсутствует и содержимое толстой кишки незначительно. При динамической кишечной непроходимости имеется равномерная пневматизация петель всего кишечника, а также резкое преобладание газа над жидкостью в его просвете.



Рис.9. Обзорная рентгенограмма брюшной полости больного с острой кишечной непроходимостью. Видны перерездутые петли тонкой кишки с многочисленными уровнями жидкости в них.

При ОКН используются контрастные методы и динамическое наблюдение за пассажем контрастной массы. Это позволяет установить локализацию препятствия или исключить механическую непроходимость. Для этих целей чаще всего вводится барий через рот, а также используются различные "контрастные метки". В норме контрастное вещество уже через 2-3 часа поступает в слепую кишку. Задержка бария до 4-5 и более

часов в тонкой кишке дает обоснованное предположение о механической непроходимости. При интерпретации рентгенологических данных, особенно в ранних стадиях и атипичных формах ОКН, следует помнить о том, что эти сведения могут быть малоинформативными. В тоже время отсутствие рентгенологических признаков ОКН не всегда исключает эту патологию. Особенно это касается ранних форм высокой тонкокишечной непроходимости. При толстокишечной непроходимости также используется колоноскопия. В настоящее время широко используется УЗИ. Особенно этот метод информативен при атипичных и высоких формах ОКН. Однако УЗИ не исключает использование рентгенологических и других методов исследования. Но при высоких формах препятствия (начальные отделы тонкой кишки) в ранних стадиях ОКН рентгенологическое исследование малоинформативно. Выявление так называемой "изолированной петли" по существу невозможно. При непрерывной рвоте, которой сопровождаются высокие формы непроходимости, пероральное рентгеноконтрастное исследование не выполнимо. Лапароскопия при наличии предшествовавших операций (особенно спаечная ОКН) весьма затруднительна. Это еще раз подчеркивает сложности своевременной диагностики высокой тонкокишечной непроходимости. Как мы писали выше, клиника этих форм часто атипична. Поэтому после рентгенологического обзорного исследования, которое в этих случаях не несет информации, диагноз первоначально склоняется в пользу острого гастрита, гастроэнтерита, панкреатита и другой патологии. К тому же острый инфекционный энтероколит до появления диареи сопровождается схваткообразными болями и задержкой стула и газов, что обусловлено рефлекторными спазмами кишечной мускулатуры. Несмотря на то, что УЗИ нашло достаточное применение в комплексном обследовании при ОКН, не уточнены роль и место этой методики в дифференциальной диагностике начальных фаз высокой тонкокишечной непроходимости. С помощью УЗИ можно обнаружить признаки "изолированной" кишечной петли, характерные для начальных проявлений ОКН. При этом выявляется расширенная петля тонкой кишки с повышенным содержанием в ее просвете жидкости (еще без наличия газа в ней). Обнаруживается усиленная маятникообразная перистальтика расширенного участка кишки. Третьим признаком является узкая полоска жидкости вокруг этой расширенной петли. Количество жидкости при динамическом наблюдении быстро увеличивается. Решающий фактор ишемии в патогенезе деструктивных изменений кишечной стенки при ОКН не вызывает сомнений. Механизм сосудистых расстройств пораженного участка петли объясняется общими закономерностями нарушений микроциркуляции. Естественно, что при обтурационных формах эти изменения возникают позднее. Усиление проницаемости микрососудистого русла ведет к

интерстициальному отеку и скоплению жидкости как внутри, так и снаружи кишечной стенки. Однако, выявить эти незначительные локальные жидкостные скопления с помощью рентгенологических методов невозможно. УЗИ решает эту проблему на ранних стадиях ОКН. Естественно, что в норме в просвете кишечника содержится жидкость. Но при ОКН сразу же нарушаются процессы фильтрации и реабсорбции в кишечнике. При высокой тонкокишечной непроходимости особенно рано страдает реабсорбция. Поэтому сразу же начинается переполнение жидкостью приводящего участка кишки и его растяжение. Эти изменения четко улавливаются с помощью УЗИ. Порядок включения патогенетических механизмов, нарушающих тонкокишечную моторику, неоднозначен. Как мы писали выше, многое зависит от формы непроходимости. Уже в самых ранних стадиях ОКН страдает как базисная (автономная), так и центральная регуляция моторики кишечника. Препятствие, послужившее причиной ОКН, вначале прерывает распространение мигрирующего миоэлектрического комплекса в дистальном направлении. Это является стимулятором возникновения нового комплекса. В итоге перистальтические волны укорачиваются, но становятся чаще. Возбуждение центрального аппарата регуляции моторики кишечника вначале ведет к стимуляции парасимпатической нервной системы. Это обуславливает антиперистальтику. Таким образом, в ранних стадиях ОКН возникают маятникообразные перистальтические движения участка приводящей кишки, что легко регистрируется при УЗИ. Повторные УЗИ, проводимые в динамике наблюдения за этими больными, показали, что происходит быстрое нарастание этих признаков. При сравнении показателей УЗИ с повторными рентгенологическими данными отмечено, что отчетливые рентгенологические признаки "изолированной" петли и явные симптомы (чаши Клойбера) при высокой тонкокишечной непроходимости появляются тогда, когда и клинический диагноз становился ясным. Однако, эта симптоматика при высокой тонкокишечной непроходимости появляется уже в более поздних стадиях. Тем не менее УЗИ используется в диагностике и других форм ОКН. По существу, эти же признаки характерны для ранних стадий всех локализаций непроходимости. Следует отметить особую эффективность УЗИ при различных формах спаечной непроходимости. УЗИ помогает установить не только факт непроходимости, но способствует контролю результатов консервативного лечения. При повторных УЗИ, в случаях эффективного консервативного лечения спаечной непроходимости, врачи получают объективную информацию. При неэффективности консервативного лечения нарастающие ультразвуковые изменения дополнительно обосновывают показания к лапаротомии. Результаты операционных находок, как правило, подтверждают правильность ультразвуковой диагностики. Следует подчеркнуть особую ценность УЗИ в

ближайшем послеоперационном периоде для дифференциальной диагностики динамической и механической кишечной непроходимости.

Лапароскопия является ценным диагностическим методом, особенно при атипичных формах ОКН. Имеются немало сообщений о том, что с помощью эндоскопических оперативных вмешательств можно разрешить ОКН: (рассечь спайки, вывести колостому, резецировать кишку). К сожалению, после ранее перенесенных неоднократных оперативных вмешательств лапароскопические обследования и вмешательства трудно осуществимы.

## ЛЕЧЕНИЕ

Единственным методом лечения механической ОКН является хирургическое вмешательство. Тем не менее, имеется немало сообщений об эффективности эндоскопических вмешательств. При установлении диагноза механической ОКН остается неизблемым принцип ранней операции. Не случайно Eliasog отмечал: "Чем больше больной с острой непроходимостью живет до операции, тем меньше он будет жить после нее". Тем не менее, хорошо известно, что при спаечной и ряде других форм ОКН консервативные мероприятия иногда оказываются успешными. В то же время при странгуляциях, обусловленных в том числе и спаечным процессом, может быстро наступить некроз кишки. Промедление с операцией у этих лиц иногда оказывается роковым. Поэтому подход к лечению должен быть строго индивидуальным, а своевременное установление правильного диагноза во многом предreshает успешный исход операции.

Необходима интенсивная предоперационная подготовка. Особенно это касается лиц, находящихся в тяжелом состоянии. Варианты проведения предоперационной подготовки при ОКН подробно освещены в многочисленной литературе. Поэтому мы сочли целесообразным подробно не останавливаться на этой проблеме. При этом кроме мер, направленных на коррекцию нарушенных функций органов и систем, необходимы мероприятия, способствующие декомпрессии желудочно-кишечного тракта. При установлении диагноза спаечной тонкокишечной непроходимости смешанного генеза на основании клинико-рентгенологических данных и повторных УЗИ проводится комплекс мероприятий. Выполняется паранефральная блокада, устанавливается назогастральный зонд, коррегируются водно-электролитные нарушения, КОС и микроциркуляция. Стимуляция моторики кишечника проводится всеми возможными средствами. Используются очистительные и сифонные клизмы. При необходимости устанавливается

эпидуральный блок. Динамические исследования эффективности лечения с помощью УЗИ дают возможность выполнения подобных манипуляций, которые нередко оказываются эффективными. Неуспешность консервативных мероприятий при спаечной непроходимости является показанием к операции. Результаты операционных находок показали, что наиболее часто (52,6%) спаечный процесс был в илеоцекальной области. В 24,9% случаях (в основном у женщин) ОКН вызывали спайки в области малого таза. Тем не менее в 22,5% наблюдений вся брюшная полость была занята спаечным процессом. В зависимости от изменений в органах выполняются следующие оперативные вмешательства: рассечение спаек (73,6%), резекция тонкой кишки – (18,5%), наложение обходных анастомозов – (7,9%). Завершая операцию, всем больным необходимо проводить назоинтестинальную интубацию кишечника

По результатам многих исследователей, при опухолевой толстокишечной непроходимостью в 67% случаев опухоль локализуется в левой половине толстого кишечника, а в 33% – в правой половине. Чаще всего в 44% наблюдений процесс располагается в сигмовидной кишке и в 23% - поперечноободочной кишке. Наиболее редкой локализацией раковой опухоли бывают селезеночный – 1% и печеночный – 3% изгибы, а также прямая кишка - 4%. В слепой кишке злокачественная опухоль бывает в 13% и в восходящей – в 12% случаев. У ряда больных с помощью консервативных мероприятий опухолевую толстокишечную удается устранить и затем в плановом порядке сразу же выполнить адекватное оперативное вмешательство. Для этого с помощью колоноскопа проводится эндоскопическая декомпрессия приводящего отдела кишечника путем проведения зонда через опухоль, стенозирующую просвет толстой кишки. К сожалению, декомпрессионные мероприятия бывают неэффективными при полной опухолевой обтурации или же трудноосуществимыми при локализации процесса в проксимальных отделах толстого кишечника.

По срочным и экстренным показаниям выполняются различные оперативные вмешательства. Операцию лучше начинать из средне-срединной лапаротомии. При точно установленном до операции диагнозе у наиболее ослабленных пациентов срединную лапаротомию можно не проводить. В этих случаях доступ осуществляется сразу над областью локализации опухоли (левая или правая подвздошная область) для наложения колостомы.

Однако нередко приходится отступать от этого правила, особенно у лиц, перенесших многократные срединные релапаротомии. В таких ситуациях проводится разрез справа или слева от срединного рубца с учетом локализации патологического процесса. Но и этот доступ должен быть достаточно широким и удобным для ревизии

всей брюшной полости. При неоперабельных случаях, а также у крайне тяжелых больных основным паллиативным вмешательством является наложение колостомы. При опухолях левой половины толстой кишки радикальной операцией при ОКН является левосторонняя гемиколэктомия с выведением одноствольной колостомы (операция Гартмана) или с выведением обоих концов резецированной кишки. По показаниям проводится резекция сигмы с выведением одноствольной колостомы. При опухолях правой половины производится правосторонняя гемиколэктомия с выведением концевой илеостомы (операция типа Гартмана). В редких случаях возможно после правосторонней гемиколэктомии наложение илеотрасверзоанастомоза. При обтурации тонкой кишки (инородное тело, желчный камень, трихобезоар) чаще проводится энтеростомия, удаление инородного тела с последующим швом кишечника.

До настоящего времени при опухолевой толстокишечной непроходимости в послеоперационном периоде нередко отмечаются следующие осложнения: нагноение раны, параколостомические абсцессы, перитонит, абсцесс брюшной полости, эвентрация. Послеоперационному периоду должно быть уделено самое пристальное внимание. Продолжается интенсивная терапия с применением экстракорпоральных методов детоксикации. Все мероприятия, хотя и в схематичном виде, изложены нами в разделе "Перитонит". Тем не менее, одним из существенных нюансов послеоперационного лечения больных являются всевозможные мероприятия, направленные на восстановление моторной деятельности желудочно-кишечного тракта. Этому в значительной степени способствует ГБО. Следует еще раз отметить, что, несмотря на весь комплекс лечения, летальность при ОКН остается высокой.

### **Ситуационная задача.**

Больной 75 лет в течение последних несколько месяцев отмечает затруднения при дефекации, запоры сменяющиеся поносами, примесь слизи и следы темной крови в кале. За 2-е суток до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, не было стула. Общее состояние больного средней тяжести, язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут, видна перистальтика кишечника, пальпаторно живот мягкий, умеренно болезненный. Выслушиваются усиленные кишечные шумы. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости со скоплением газа над ними.

1. Поставьте клинический диагноз с указанием причины заболевания.
2. Составьте предполагаемый план обследования пациента.
3. Выбор метода лечения пациента? Выбор метода операции?

**ГОУ ВПО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**им. И.М. Сеченова**

**Кафедра факультетской хирургии №2 лечебного факультета**

---

Составитель: доц. Натрошвили А.Г.

## **Острый аппендицит**

---

Методическое пособие для студентов старших курсов, интернов, ординаторов и  
практикующих врачей

Под редакцией проф. А.М. Шулутко, проф. В.И. Семикова

**МОСКВА 2010**

## **Острый аппендицит и его осложнения**

**Цель:** Изучение патогенеза, клинической картины, методов диагностики и лечения острого аппендицита и его осложнений.

### **Необходимо знать**

*Общие сведения.* Анатомия передней брюшной стенки, слепой кишки и червеобразного отростка. Типичные и атипичные варианты расположения червеобразного отростка. Частота и место данной патологии среди других хирургических заболеваний органов брюшной полости.

*Классификация* (клинико-морфологическая) острого аппендицита.

*Клиника и диагностика.* Характеристика болевого синдрома, диспепсических явлений, последовательность их возникновения и динамика развития. Симптом Кохера-Волковича. Данные осмотра, пальпации живота. Признаки раздражения брюшины. Симптом Щёткина-Блюмберга. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона и др. Значение вагинального и ректального исследований. Лабораторная и инструментальная диагностика. Особенности течения острого аппендицита в зависимости от варианта расположения червеобразного отростка (подпечёночное, тазовое, ретроцекальное, ретроперитониальное, левостороннее), при беременности, у детей и пациентов пожилого возраста.

*Дифференциальный диагноз.* Дифференциально-диагностические признаки (жалобы, анамнез, данные физикального и инструментальных исследований), позволяющие отличить острый аппендицит от следующих групп заболеваний:

1. Других хирургических заболеваний органов брюшной полости: перфоративная язва; острый холецистит; острый панкреатит; воспаление дивертикула Меккеля; терминальный илеит (болезнь Крона) и др.

2. Острых урологических заболеваний: почечная колика, пиелонефрит.

3. Острых заболеваний органов малого таза – прерванная внематочная беременность, воспалительные заболевания и т.д.

4. Прочих заболеваний: энтероколит; правосторонняя плевропневмония и др.

*Лечение.* Хирургическая тактика при остром аппендиците. Анестезия. Оперативные доступы. Техника аппендэктомии. Ретроградная аппендэктомия. Лапароскопическая аппендэктомия. Показания к ревизии терминального отдела тонкой кишки и органов малого таза. Показания к дренированию и тампонаде брюшной полости.

*Ведение послеоперационного периода.* Профилактика и диагностика послеоперационных осложнений.

### ***Осложнения острого аппендицита***

*Аппендикулярный инфильтрат.* Определение понятия, механизм образования, время возникновения от начала острого приступа. Динамика развития симптомов аппендицита до момента образования инфильтрата. Объективные данные при осмотре больного. Дифференциальная диагностика аппендикулярного инфильтрата от опухолей слепой кишки. Течение и возможные исходы аппендикулярного инфильтрата, их клинические проявления и диагностика. Тактика и методика лечения. Дальнейшая тактика лечения при рассасывании инфильтрата.

*Периаппендикулярный абсцесс.* Клинические (общие и местные) проявления. Характер температурной кривой. Инструментальная и лабораторная диагностика. Хирургическая тактика. Методика и объём оперативного вмешательства. Дальнейшее ведение больного.

*Абсцессы брюшной полости.* Причины, локализация, время возникновения, клинические (общие и местные) признаки. Инструментальная и лабораторная диагностика. *Тазовый (дугласова пространства) абсцесс.* Диагностическое значение вагинального и ректального исследований. Техника вскрытия тазового абсцесса. *Поддиафрагмальный абсцесс.* Диагностическое значение рентгенологического исследования грудной клетки и брюшной полости. Техника вскрытия поддиафрагмального абсцесса.

*Пилефлебит.* Причины возникновения. Клиническая симптоматика. Меры предотвращения.

*Перитонит.* Клиническая картина. Методы диагностики и лечения.

### ***Необходимо уметь***

1. Целенаправленно собрать анамнез при подозрении на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости с учётом основных клинических симптомов острого аппендицита, особенностей течения заболевания, возраста и пола пациента.

2. Провести осмотр пациента с предполагаемым диагнозом «острый аппендицит» с выявлением характерных для заболевания специальных симптомов (Щёткина-Блумберга, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона).

3. Выполнить вагинальное и ректальное исследование и оценить полученные данные.

4. Поставить предварительный диагноз.

5. Составить план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.

6. Аргументированно провести дифференциальный диагноз на основании анамнеза, жалоб, проведённого осмотра пациента, выполненных инструментальных и лабораторных методов исследования.

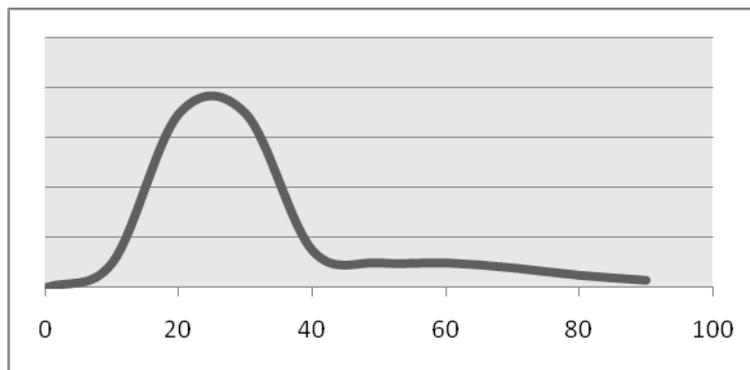
8. Сформулировать и обосновать окончательный развёрнутый клинический диагноз.

### ***Определение.***

Острый аппендицит – острое деструктивное воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

### ***Эпидемиология.***

Острый аппендицит – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний в неотложной хирургии. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-5 случаев на 1000 человек населения в год. Наиболее часто острый аппендицит встречается в возрасте 20-40 лет (диаграмма 1). Женщины болеют в 1,5-2 раза чаще.

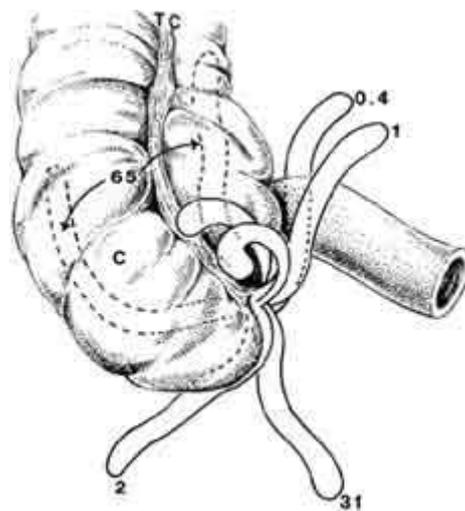


*Диаграмма 1. Частота встречаемости острого аппендицита в различном возрасте.*

Летальность при остром аппендиците стабилизировалась за последние десятилетия и составляет в среднем 0,1-0,3%. Учитывая частоту встречаемости этого заболевания, даже такая небольшая вероятность летального исхода оборачивается сотнями жизней ежегодно.

### ***Анатомия и физиология червеобразного отростка***

Червеобразный отросток отходит от слепой кишки в месте слияния трех тений, на 2-3 см ниже уровня впадения подвздошной кишки в слепую. Средняя длина его 8-10 см, однако, описаны случаи нахождения очень коротких и очень длинных (до 50 см) отростков. Локализация основания червеобразного отростка практически постоянна, и проецируется на переднюю брюшную стенку в точке McBurney – на границе наружной и средней третей линии, проведенной от пупка до передней верхней подвздошной ости. Свободный конец (верхушка) отростка может находиться в различных положениях (рис. 1). Ретроцекальное расположение отростка наблюдается в 10-15% случаев, при этом в очень редких случаях отросток лежит не только позади слепой кишки, но и внебрюшинно (ретроперитонеальное положение отростка). Вариабельность расположения слепой кишки и самого аппендикса является одним из факторов, обуславливающих различную локализацию болей и многообразие вариантов клинической картины при развитии воспаления червеобразного отростка, а также возникающие иногда трудности его обнаружения во время операции.



*Рис. 1. Различные локализации верхушки червеобразного отростка*

Червеобразный отросток имеет собственную брыжеечку треугольной формы, направляющуюся к слепой кишке и конечному отделу подвздошной. Брыжейка содержит жировую ткань, сосуды, нервы и несколько мелких

лимфатических сосудов. У основания червеобразного отростка имеются складки и карманы брюшины, которые способствуют в ряде случаев отграничению воспалительного процесса. Кровоснабжается червеобразный отросток от а. ileocolica через а. appendicularis, которая проходит в толще брыжейки отростка и может быть представлена одной или несколькими ветками. Венозный отток осуществляется по одноименным венами в верхнюю брыжеечную и далее в воротную вену. Кроме того, имеются тесные коллатеральные связи с нижней полой веной, а также с венами почек, правого мочеточника, забрюшинного пространства. Лимфатические сосуды начинаются в виде капилляров в слизистой оболочке червеобразного отростка. У основания крипт образуется первая капиллярная сеть, которая соединяется с более мощной подслизистой сетью. Последняя опутывает лимфатические фолликулы. Затем лимфатические сосуды, сливаясь и проникая через мышечную оболочку, дренируется в лимфатические узлы брыжейки, расположенные в области илеоцекального угла и далее - в общий ток лимфы из кишечника. Главными лимфатическими узлами червеобразного отростка являются две группы: аппендикулярные и илеоцекальные. Следует отметить, что имеются тесные связи лимфатических систем червеобразного отростка и других органов: слепой кишки, правой почки, двенадцатиперстной кишки, желудка. Существование столь разветвленных сосудистых связей делает понятной возможность различных путей распространения инфекции при остром аппендиците и развития гнойных осложнений, таких как восходящий тромбоз вен брыжейки, тромбофлебит воротной вены (пилефлебит), флегмона забрюшинной клетчатки, абсцессы печени и почек.

Иннервация червеобразного отростка осуществляется за счет ветвей верхнего брыжеечного сплетения и, частично, за счет нервов солнечного сплетения. Это объясняет широкое распространение и разнообразную локализацию болей в начале заболевания.

Стенка червеобразного отростка представлена серозной, мышечной и слизистой оболочками. Мышечная оболочка имеет два слоя: наружный - продольный, и внутренний - циркулярный. Важен в функциональном отношении подслизистый слой. Он пронизан крестообразно перекрещивающимися коллагеновыми и эластическими волокнами. Между ними располагаются множественные лимфатические фолликулы. У взрослых число фолликулов на 1 см<sup>2</sup> достигает 70-80, а общее их количество достигает 1200-1500 при диаметре фолликула 0.5 - 1.5 мм. Слизистая оболочка образует складки и крипты. В глубине крипт располагаются клетки Панета, а также клетки Кульчицкого продуцирующие серотонин. Эпителий слизистой оболочки однорядный призматический с большим числом бокаловидный клеток, вырабатывающих слизь.

Известные физиологические функции червеобразного отростка:

- двигательная функция обеспечивается мышечным слоем. При ее недостаточности в просвете отростка происходит застой содержимого, образуются каловые камни, задерживаются инородные тела, гельминты.
- секреторная функция обеспечивает продукцию слизи и некоторых ферментов.
  - продукция иммуноглобулинов.

### *Этиология и патогенез.*

Острый аппендицит является неспецифическим воспалительным заболеванием. Предложена не одна теория, объясняющая возникновение и развитие острого аппендицита – ангионевротическая, инфекционная, нейрорефлекторная, аллергическая, кортиковисцеральная и ряд других. Большинство современных авторов придерживаются мнения, что основной причиной этого заболевания является окклюзия просвета червеобразного отростка. Причины окклюзии могут быть различны – каловые камни, гиперплазия лимфоидной ткани в стенке червеобразного отростка, аскариды и т.д. Окклюзия просвета приводит к повышению внутрипросветного давления. Когда оно начинает превышать давление в венах стенки червеобразного отростка ( $\approx 40$  мм вод. ст.) – происходит нарушение его кровоснабжения, повышение проницаемости и инвазии в стенку отростка микроорганизмов (чаще всего (90%) анаэробные кокки и бактероиды, реже – кишечная палочка, клебсиелла, энтерококки) – развивается острый флегмонозный аппендицит. Прогрессирующая ишемия приводит к некрозу стенки червеобразного отростка и ее последующей перфорации. Если организму удастся отграничить воспалительный процесс, развивается аппендикулярный инфильтрат; при невозможности отграничения – местный, а затем и распространенный перитонит. Другими осложнениями острого аппендицита являются абсцессы брюшной полости, забрюшинная флегмона, а также пилефлебит.

У пожилых больных может встречаться первично-гангренозная форма острого аппендицита, возникающая вследствие нарушения питания червеобразного отростка из-за тромбоза аппендикулярной артерии. В этих случаях возможно быстрое развитие перфорации и осложнений острого аппендицита.

### ***Классификация острого аппендицита.***

Классификация острого аппендицита носит клинико-морфологический характер и основана на степени выраженности и разнообразности воспалительных изменений и клинических проявлений.

#### Формы острого аппендицита.

- Острый простой (поверхностный) аппендицит. *Ряд авторов не рассматривают данную форму аппендицита, считая, что острым аппендицитом может считаться лишь деструктивное воспаление червеобразного отростка (Гринберг А.А., 2000).*
- Острый деструктивный аппендицит.
  - Флегмонозный
  - Гангренозный (с перфорацией и без перфорации)
- Осложненный острый аппендицит
  - Осложненный перитонитом - местным, ограниченными, разлитым, диффузным
  - Аппендикулярный инфильтрат
  - Периаппендикулярный абсцесс
  - Флегмона забрюшинной клетчатки
  - Сепсис, генерализованная воспалительная реакция
  - Пилефлебит

### *Диагностика острого аппендицита.*

Клиническая картина острого аппендицита переменна в силу особенностей его анатомии и различных локализаций верхушки червеобразного отростка. В типичных случаях основным симптомом заболевания является боль, которая в начале заболевания локализуется в эпигастральной или мезогастральной областях или не имеет четкой локализации. Спустя несколько часов от начала заболевания, боли усиливаются, смещаются в правую подвздошную область. Это характерное смещение болей носит название *симптома Кохера-Волковича*.

Часто боли сопровождаются тошнотой, иногда рвотой, которая носит рефлекторный характер и встречается у 30-40% больных. В большинстве случаев отмечается отсутствие аппетита.

При осмотре, общее состояние больных в начальных стадиях заболевания практически не страдает. Отмечается умеренная тахикардия, повышение температуры тела, как правило, не более 37,5°C.

При осмотре живота каких-либо особенностей выявить чаще всего не удается, он не вздут, участвует в акте дыхания. При перкуссии отмечается болезненность в правой подвздошной области – положительный *симптом Раздольского* (рис 2). При пальпации здесь же определяется болезненность, причем даже в начале заболевания, когда больной может ощущать боли в эпигастральной или мезогастральной областях. Также при пальпации можно выявить ряд симптомов, характерных для острого аппендицита, однако следует отметить, что ни один из них не является абсолютно патогномичным. Всего таких симптомов несколько десятков, однако наиболее информативные, это:

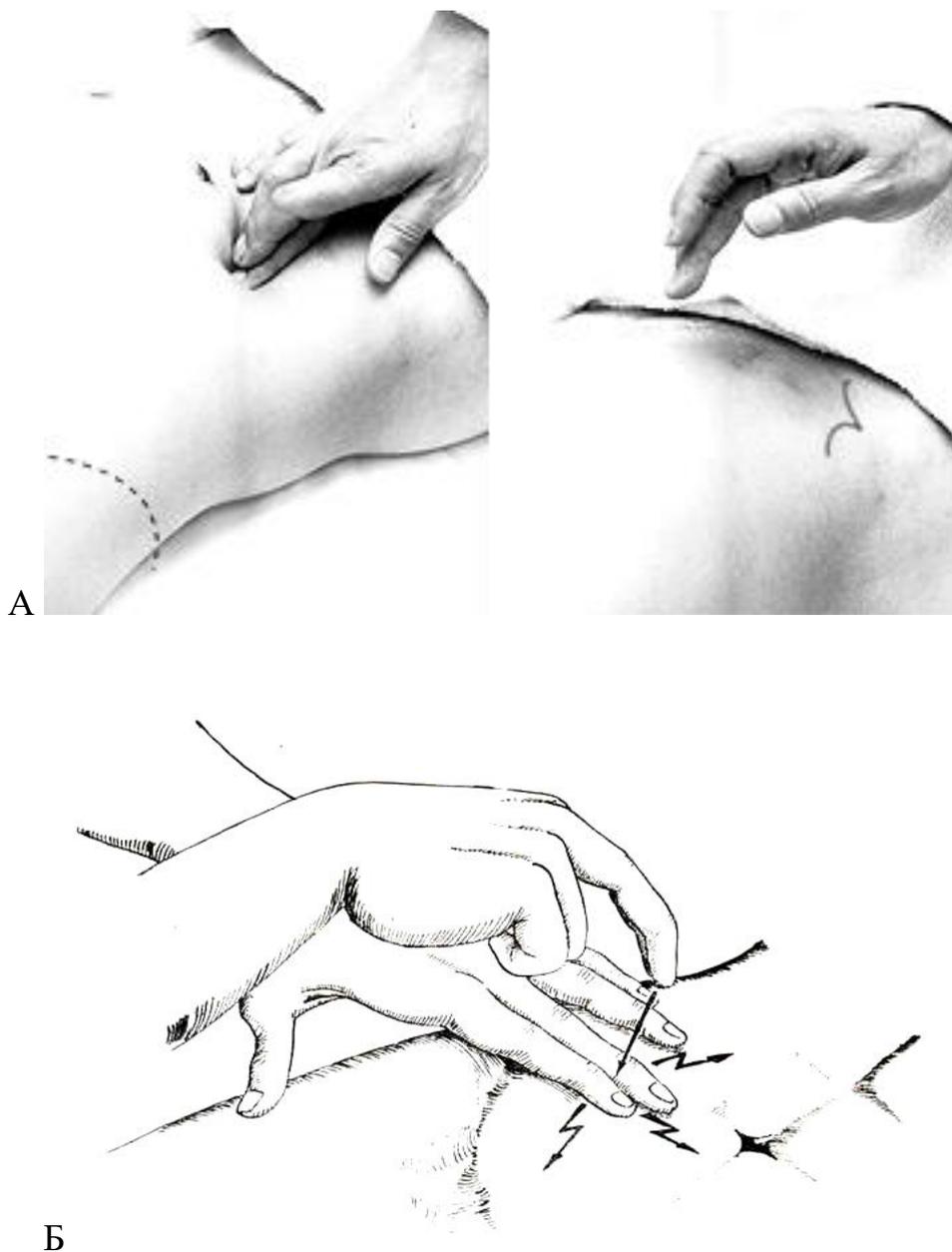
- *Симптом Ровзинга*. Проверяют его следующим образом: левой рукой фиксируют сигмовидную кишку через переднюю брюшную

стенку к крылу подвздошной кости; правой рукой выше этого места производят толчкообразные движения брюшной стенки. При перемещении газов в ободочной кишке возрастает давление в области устья червеобразного отростка, что сопровождается усилением болей в правой подвздошной области.

- *Симптом Ситковского* – усиление болей в правой подвздошной области при положении больного на левом боку. При этом слепая кишка отводится медиально и тянет за собой воспаленный червеобразный отросток.
- *Симптом Бартомье-Михельсона* – усиление болей при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку. При этом слепая, тонкая кишка, большой сальник, ранее прикрывающие червеобразный отросток отводятся медиально, «открывая» аппендикс для пальпации.

Одним из важнейших симптомов аппендицита является напряжение мышц в правой подвздошной области. Это основной симптом, свидетельствующий о распространении воспаления на париетальную брюшину. Другими перитонеальными симптомами являются *симптом Щеткина-Блюмберга* (рис. 2), *Воскресенского* (симптом «рубашки» - через рубашку больного быстро проводят рукой от реберной дуги до паховой связки – при этом справа отмечается усиление болей).

Вышеописанная клиническая картина встречается приблизительно у 70% больных с острым аппендицитом. В остальных случаях клиническая картина атипична и в основном зависит от локализации верхушки червеобразного отростка.



*Рис. 2. А – симптом Щеткина-Блюмберга – усиление болей при отдергивании руки после надавливания на брюшную стенку. Б – Симптом Раздольского – перкутторная болезненность в правой подвздошной области. В обоих случаях боль усиливается вследствие механического сотрясения воспаленной париетальной брюшины.*

При ретроцекальном или ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка последний может прилежать к печени, поясничной мышце, правой почке, что обуславливает особенности клинической картины.

Боли могут локализоваться в правом мезогастринии или правой поясничной области. Из-за раздражения слепой и восходящей кишки заболевание может сопровождаться жидким стулом, при переходе воспаления на мочеточник – дизурическими явлениями. Симптомы раздражения брюшины могут быть слабо выраженными или отсутствовать. Характерен положительный *симптом Образцова (psoas-симптом)* - в положении лежа поднимают вытянутую кверху правую ногу больного, а затем просят опустить ее – возникает боль в правой поясничной области.

При *тазовом расположении* червеобразного отростка также возможны дизурические явления, диарея. При такой локализации воспалительного процесса особую важность имеет вагинальное и ректальное исследования, при которых определяется болезненность в дугласовом пространстве.

При воспалении *подпеченочно расположенного* червеобразного отростка клиническая картина может симулировать острый холецистит.

При атипичной клинической картине острого аппендицита, для правильной и своевременной диагностики важную роль играют *дополнительные методы исследования – УЗИ, КТ, диагностическая лапароскопия.*

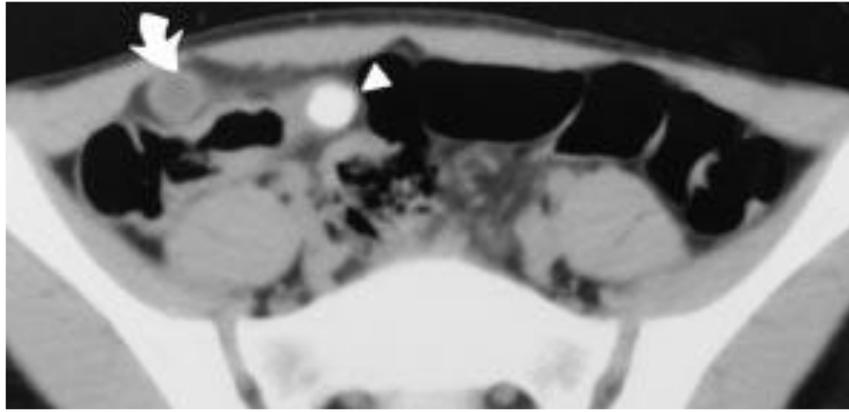
### *Лабораторная и инструментальная диагностика острого аппендицита.*

Клиническая картина заболевания не всегда позволяет своевременно и точно поставить диагноз острого аппендицита. Существенную помощь в оказывают различные лабораторные и инструментальные методы диагностики.

В анализе крови у подавляющего большинства больных выявляется умеренный лейкоцитоз, возможен сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Практически у всех больных острым аппендицитом повышен уровень С-реактивного белка, однако следует помнить, что этот показатель неспецифичен и повышение его свидетельствует лишь о наличии воспалительного процесса в организме.

При рентгенографии брюшной полости каких-либо специфичных признаков острого аппендицита выявить не удастся. Выполнение рентгенографии скорее призвано исключить некоторые другие заболевания, которые могут симулировать картину острого аппендицита, например прободную язву желудка и 12-перстной кишки, правостороннюю нижнедолевую пневмонию и т.д.

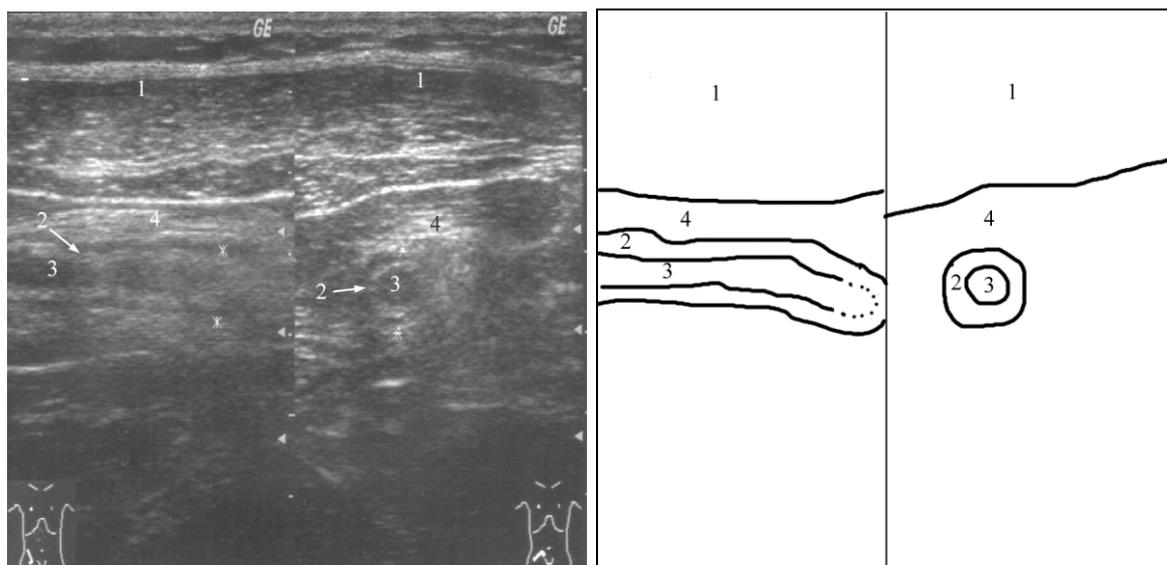
Компьютерная томография является весьма информативным методом диагностики аппендицита. Во многих случаях возможна визуализация червеобразного отростка с признаками воспаления – увеличение диаметра его и толщины стенки, выявляется свободная жидкость в брюшной полости (рис. 3). Из недостатков метода следует отметить наличие лучевой нагрузки, что делает применение КТ невозможным у некоторых больных (беременных, детей), а также недостаточную доступность метода в большинстве лечебных учреждений.



*Рис. 3. Признаки острого аппендицита при КТ: воспаленный аппендикс указан большой стрелкой, треугольная метка указывает на копролит в просвете червеобразного отростка.*

Этих недостатков лишено *ультразвуковое исследование*. Этот метод неинвазивен, доступен и обладает достаточной информативностью в диагностике острого аппендицита. Признаками острого аппендицита являются увеличение диаметра червеобразного отростка, утолщение его стенки, ригидность при применении дозированной компрессии на переднюю брюшную стенку, наличие свободной жидкости в правой подвздошной области и ряд других (рис. 4). При исследовании червеобразного отростка в поперечном сечении типичен симптом «мишени».

Нельзя забывать о том, что невозможность визуализации червеобразного отростка при УЗИ не исключает острый аппендицит.



*Рис. 4. Типичная ультразвуковая картина острого аппендицита. 1 – передняя брюшная стенка; 2 – стенка червеобразного отростка толщиной 3 мм; 3 – просвет червеобразного отростка, несжимаемый при дозированной компрессии*

Наиболее информативным методом диагностики является *диагностическая лапароскопия*. Непосредственный осмотр червеобразного отростка позволяет поставить диагноз (рис. 5), а в большинстве случаев лапароскопическое вмешательство является не только диагностической, но и лечебной манипуляцией (см. раздел «лапароскопическая аппендэктомия»).

Основной недостаток метода – его инвазивность. Диагностическая лапароскопия – это оперативное вмешательство, выполняемое под наркозом и сопровождается операционным и анестезиологическим риском. Таким образом, она не может быть рекомендована в качестве скринингового метода диагностики и должна применяться только если доступные неинвазивные методы исследования не позволили поставить диагноз.



*Рис. 5. Лапароскопическая картина острого аппендицита*

### ***Дифференциальная диагностика острого аппендицита.***

Существует большое количество заболеваний, клиническая картина которых может симулировать острый аппендицит, а последний, в свою очередь, может маскироваться под другие заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства. При осмотре больного с болями в животе, врач всегда должен помнить о возможном атипичном течении острого аппендицита.

### ***Воспаление дивертикула Меккеля***

Дивертикул Меккеля – незаращённый эмбриональный желточный проток (аномалия развития подвздошной кишки), расположен на противобрыжеечном крае подвздошной кишки на расстоянии до 1 м от илеоцекального угла. Частота его в популяции составляет около 3%. В подавляющем большинстве случаев это состояние протекает бессимптомно, и проявляет оно себя лишь при развитии осложнений. Клиническая картина неотличима от таковой при остром аппендиците – боли в мезогастральной и правой подвздошной области, и

симптомы раздражения брюшины. При перфорации боли появляются внезапно и также сопровождаются симптомами перитонита. Иногда дивертикул Меккеля можно заподозрить при наличии в анамнезе эпизодов кишечного кровотечения.

Таким образом, воспаление или перфорация дивертикула Меккеля чаще всего диагностируется во время операции, исключать его всегда нужно при выявлении отсутствия воспалительных изменений червеобразного отростка.

*Острый энтероколит, гастроэнтерит* также может симулировать острый аппендицит. Заболевание обычно начинается с сильных, часто схваткообразных болей в мезогастральной области, сопровождаются рвотой, диареей. При сборе анамнеза выявляют связь начала заболевания с погрешностью в диете. При пальпации нет напряжения мышц передней брюшной стенки и других перитонеальных симптомов. При УЗИ выявляют расширенные, активно перистальтирующие петли тонкой кишки, иногда – небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.

*Острый панкреатит*, в отличие от аппендицита, начинается с болей в верхних отделах живота опоясывающего характера, сопровождается многократной рвотой. Состояние больных более тяжелое, отмечается тахикардия при нормальной температуре тела. При пальпации живота болезненность определяется в эпигастральной области, значительно менее живот болезнен в правой подвздошной области. При КТ и УЗИ выявляют утолщение поджелудочной железы, наличие свободной жидкости в сальниковой сумке, по правому латеральному каналу, что нехарактерно для острого аппендицита. В анализе крови и мочи повышен уровень амилазы.

*Острый холецистит* начинается с болей в правом подреберье, как правило, после приема жирной пищи. Часто в анамнезе есть указание на желчно-каменную болезнь, неоднократные подобные приступы болей. При пальпации

зона максимальной болезненности расположена более медиально, чем при подпеченочном расположении воспаленного червеобразного отростка, часто удается пальпировать увеличенный болезненный желчный пузырь. Окончательную дифференциальную диагностику можно провести с помощью УЗИ, при котором выявляется увеличенный, с утолщенной стенкой желчный пузырь, в просвете которого определяются конкременты.

Клиническая картина *болезни Крона* при ее обострении может не отличаться от острого аппендицита, особенно при локализации воспалительного процесса в терминальном отделе подвздошной, слепой кишке или червеобразном отростке. Заподозрить болезнь Крона можно по анамнестическому указанию на регулярно возникающие боли в животе, диарею, снижение массы тела. При УЗИ отмечается утолщение стенки тонкой кишки. В целом, правильный диагноз чаще всего устанавливают во время операции или диагностической лапароскопии.

*Прободная язва желудка и 12-перстной кишки*, особенно в случае прикрытой перфорации, может симулировать симптом Кохера за счет постепенного распространения агрессивного желудочного содержимого по правому латеральному каналу в правую подвздошную ямку. Но, в отличие от острого аппендицита, боли в эпигастральной области при прободной язве резкие, интенсивные, у этих больных редко бывает рвота, при перкуссии выявляется отсутствие печеночной тупости. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявляют свободный газ в виде «серпа». При УЗИ в брюшной полости выявляется большое количество свободной жидкости, при выполнении диагностической пункции под УЗ-наведением – с примесью желчи. Выполнение гастродуоденоскопии также позволяет выявить перфоративную язву.

*Правосторонняя почечная колика* обычно начинается с интенсивных болей в поясничной или правой подвздошной области, иррадиирующих в

паховую область, правое бедро, что нехарактерно для острого аппендицита. Отмечаются дизурические явления. При пальпации болезненность в правой подвздошной области умеренная, симптомов раздражения брюшины нет. В анализе мочи определяются эритроциты. При ретроцекальном расположении воспаленного червеобразного отростка также могут выявляться дизурические явления и изменения анализа мочи, однако они значительно менее выражены. При КТ, УЗИ отмечается расширение чашечно-лоханочной системы правой почки, мочеточника, иногда в них визуализируются конкременты. Также используют хромоцистоскопию и экскреторную урографию.

*Заболевания органов малого таза* иногда довольно сложно дифференцировать с острым аппендицитом. Важную роль в установке правильного диагноза играет тщательный сбор анамнеза (задержка менструации при внематочной беременности, наличие кровянистых выделений из половых путей, ранее перенесенные воспалительные заболевания придатков и т.д.) При пальпации определяется болезненность в правой подвздошно-паховой области и над лоном. При влагалищном исследовании определяется болезненность придатков при их воспалении, напряжение, болезненность заднего свода влагалища при нарушенной внематочной беременности. При разрыве маточной трубы и геморрагической форме апоплексии яичника на первый план выходят симптомы внутрибрюшного кровотечения (бледность, тахикардия, снижение АД, положительный симптом Куленкампа, притупление перкуторного звука в отлогих местах живота). В сомнительных случаях УЗИ и лапароскопия позволяют поставить правильный диагноз.

### ***Лечение острого аппендицита.***

Тактика лечения острого аппендицита общепринята и состоит в возможно раннем удалении червеобразного отростка – аппендэктомии.

Это оперативное вмешательство лучше выполнять под наркозом. В ряде случаев допустимо выполнение его под местной анестезией.

Операцию производят из косо-поперечного разреза в правой подвздошной области (*доступ Волковича-Дьяконова*). Кожный разрез проходит через точку *McBurney*, при этом 1/3 разреза находится выше, а 2/3 – ниже этой точки (рис. 6А). Величина разреза должна обеспечивать свободное выполнение основного этапа операции и в среднем составляет 8-10 см. После рассечения кожи и подкожной клетчатки, рассекают апоневроз наружной косой мышцы, разводят наружную, внутреннюю косую мышцы вдоль волокон, обнажают брюшину. Перед вскрытием брюшной полости рану изолируют марлевыми салфетками. При рассечении брюшины необходимо приподнять ее, чтобы не травмировать подлежащую кишку.

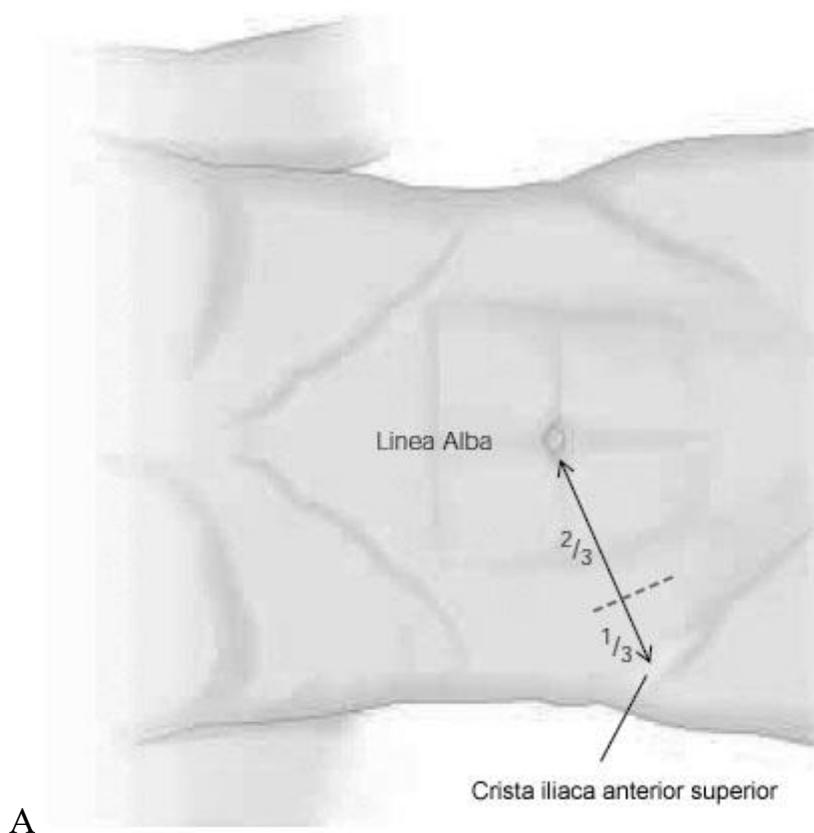
При наличии симптомов распространенного перитонита выполняют срединную лапаротомию.

После выполнения разреза, находят и выводят в рану купол слепой кишки с отходящим от нижне-медиальной поверхности его у места схождения теней, червеобразным отростком (рис 6Б). Если червеобразный отросток фиксирован у верхушки и не выводится в рану, следует приступить к выполнению *ретроградной аппендэктомии*. Форсированное извлечение воспаленного аппендикса недопустимо и может привести к отрыву его брыжеечки или самого отростка, что приведет к кровотечению или инфицированию брюшной полости.

При выявлении неизмененного червеобразного отростка необходимо провести ревизию органов малого таза, не менее 1 метра подвздошной кишки для исключения другого заболевания, симулирующего острый аппендицит.

После выведения воспаленного червеобразного отростка, брыжеечку его пересекают на зажимах и перевязывают идущие в ней сосуды (рис 6В,Г).

Червеобразный отросток пережимают зажимом у основания, перевязывают кетгутовой лигатурой (или другим рассасывающимся материалом), и, отступя 1-1,5 см от основания, на купол слепой кишки накладывают кисетный шов (рис 7Д). Червеобразный отросток отсекают выше наложенной лигатуры, культю обрабатывают 5% раствором йода. Ассистент пинцетом погружает культю в просвет слепой кишки, в это время хирург затягивает кисетный шов (рис. 6Е). Поверх кисетного накладывают Z-образный серо-серозный шов (рис 6Ж).



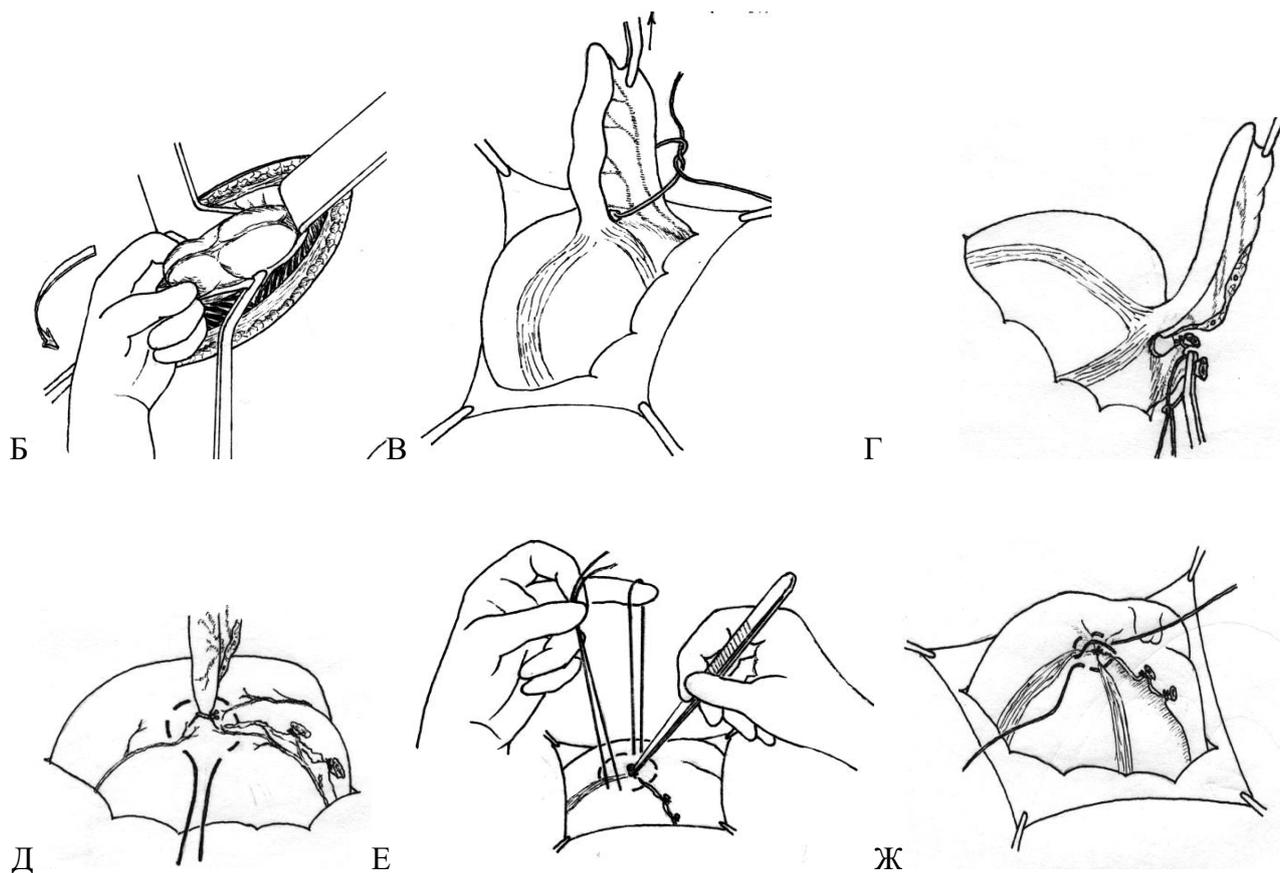


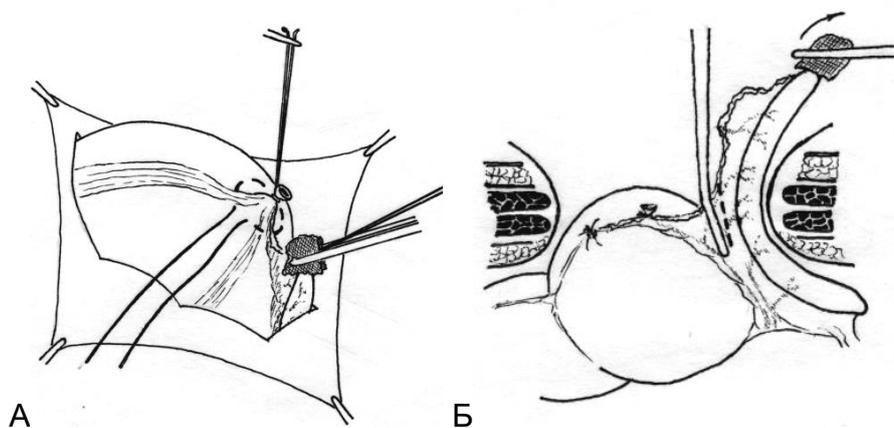
Рис. 7. Этапы выполнения аппендэктомии

При невозможности выведения в рану червеобразного отростка, выполняют *ретроградную аппендэктомию*. При этом вначале червеобразный отросток отсекают у его основания, культю погружают в просвет слепой кишки вышеописанным методом (рис. 8А). После погружения культи, слепую кишку вправляют в брюшную полость, получая большее пространство для манипуляций. Накладывая на брыжеечку червеобразного отростка зажимы и поэтапно отсекая ее (рис 8Б), выделяют аппендикс из сращений, обычно более выраженных в области верхушки.

После удаления червеобразного отростка, тщательно осушают полость малого таза, правую подвздошную ямку и латеральный канал от воспалительного экссудата. Показания к дренированию брюшной полости возникают сравнительно редко, в основном при гангренозной и перфоративной

форме заболевания, осложненной местным перитонитом. В исключительных случаях прибегают к тампонированию брюшной полости, например при кровотечении, которое не удастся остановить другими способами; неадекватном погружении культи червеобразного отростка и некоторых других редких интраоперационных ситуациях.

В большинстве случаев рану ушивают послойно отдельными узловыми швами.



*Рис. 8. Ретроградная аппендэктомия*

*Лапароскопическая аппендэктомия.*

Лапароскопическая методика удаления червеобразного отростка обладает всеми преимуществами малотравматичных вмешательств – снижение сроков реабилитации и нахождения в стационаре, косметический эффект, некоторые исследователи отмечают меньшее число послеоперационных осложнений. В то же время, для лапароскопического варианта операции существует ряд ограничений – она трудно выполнима при осложненных формах острого аппендицита (развитие рыхлого инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса и

перитонита), ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка.

*Показания* к лапароскопической аппендэктомии чаще всего появляются в клинической ситуации, требующей выполнения диагностической лапароскопии – в таком случае при выявлении острого аппендицита, логично выполнить вмешательство лапароскопически. Другими показаниями являются: аппендицит на фоне ожирения II-III степени, что требует значительной длины разреза для получения адекватного доступа Волковича-Дьяконова – это существенно увеличивает операционную травму и частоту осложнений; аппендицит на фоне сахарного диабета (из-за опасности гнойных осложнений со стороны раны), и, наконец, желание больного удалить червеобразный отросток малоинвазивным способом.

Перечень *противопоказаний* формируется, исходя из ограничений метода: лапароскопическая аппендэктомия противопоказана

- при сроке заболевания более суток, когда существенно возрастает риск осложнений аппендицита;
- при выявлении выраженного тифлита – в этом случае велик риск несостоятельности культи червеобразного отростка при лигатурном способе ее обработки;
- при наличии распространенного перитонита, требующего тщательной санации и дренирования брюшной полости
- при наличии сопутствующих заболеваний, при которых наложение пневмоперитонеума может привести к их декомпенсации – острый инфаркт миокарда, хроническая обструктивная болезнь легких, недостаточность кровообращения и т.д.
- на поздних сроках беременности
- при наличии тяжелой коагулопатии

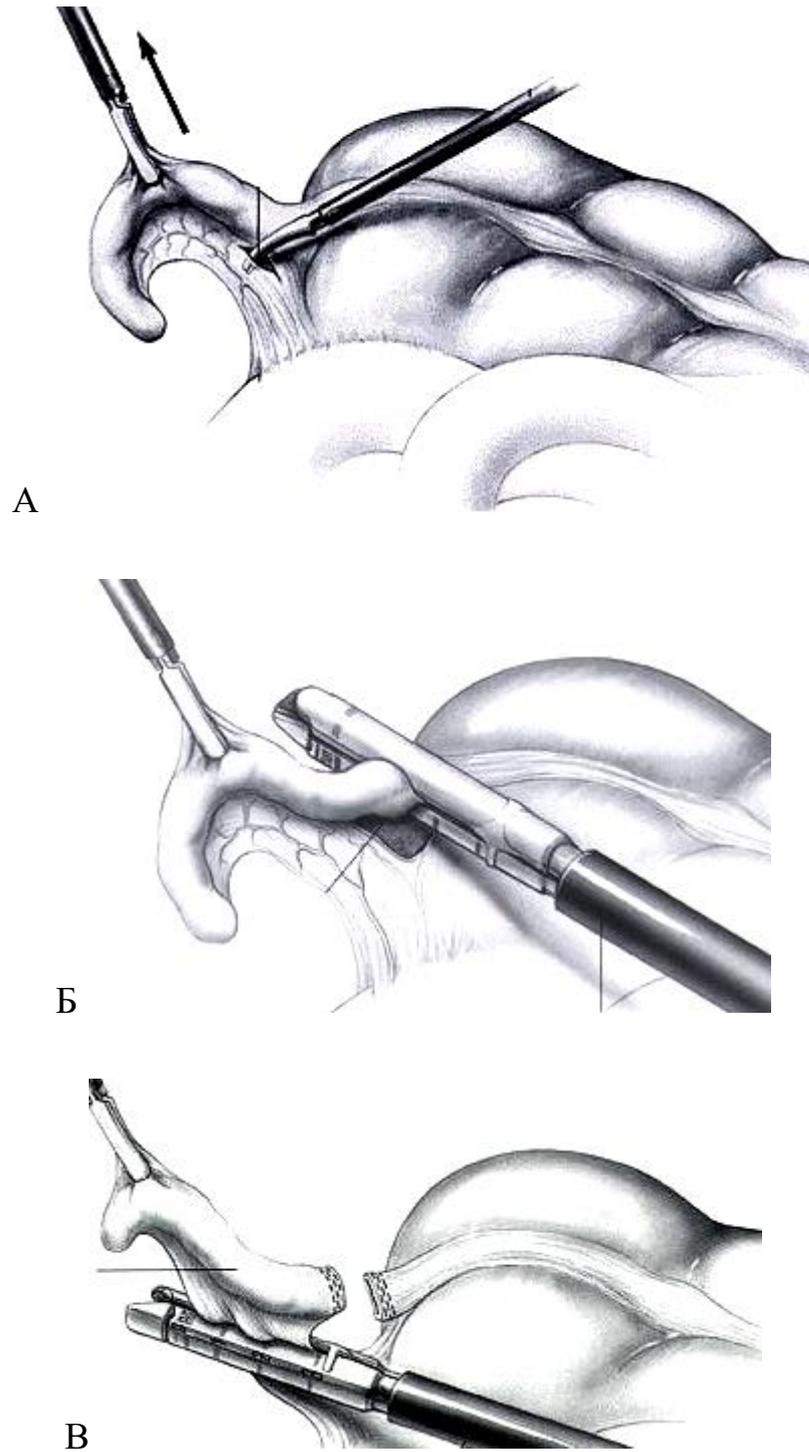
Следует отметить, что с развитием лапароскопических технологий, некоторые противопоказания все чаще являются условными: так, при явлениях тифлита возможна обработка культи аппендикса с помощью лапароскопического сшивающего аппарата, а технология лапаролифтинга исключает повышение внутрибрюшного давления у больных с сопутствующими тяжелыми заболеваниями.

*Основные этапы лапароскопической аппендэктомии:*

Первый (предпочтительно атравматичный) троакар вводят в верхней параумбиликальной точке, второй – в левой подвздошной области, третий – в правом мезогастррии по средне-ключичной линии на уровне пупка. После выполнения ревизии и верификации острого деструктивного воспаления червеобразного отростка (рис. 5), последний с помощью зажима приподнимают по направлению к передней брюшной стенке (рис 9А).

Брыжеечку обрабатывают с помощью электрокоагуляции, клипирования, лигирования или с помощью сшивающего аппарата (рис 6Б), после чего на основание червеобразного отростка накладывают две лигатуры и отсекают его. Слизистую культи червеобразного отростка коагулируют. Лигатурный способ обработки культи отростка применяют чаще всего, иногда применяют сшивающие аппараты (рис 9В) или погружной способ обработки, сходный с таковым при традиционной аппендэктомии.

Далее червеобразный отросток извлекают из брюшной полости через 10- или 12-мм троакар, и после контрольной ревизии брюшной полости и извлечения троакаров ушивают раны.



*Рис 9. Основные этапы лапароскопической аппендэктомии (аппаратным способом)*

## ***Осложнения острого аппендицита и аппендэктомии.***

### *Аппендикулярный инфильтрат и абсцесс*

Формирование аппендикулярного инфильтрата является результатом защитной реакции организма - отграничения деструктивного процесса от свободной брюшной полости с помощью большого сальника, тонкой кишки, брюшины. Как правило, он развивается через несколько дней после начала заболевания, которое типично для острого аппендицита. При формировании инфильтрата боли стихают, общее состояние больных улучшается. При осмотре живота в правой подвздошной области определяется плотное, малоподвижное, умеренно болезненное образование, занимающее всю правую подвздошную область. При УЗИ в правой подвздошной области визуализируется смешанной эхогенности образование, размеры которого переменчивы. Необходимо дифференцировать аппендикулярный инфильтрат и опухоль слепой кишки, особенно у лиц пожилого возраста. Наиболее информативным методом дифференциальной диагностики служит колоноскопия.

Аппендикулярный инфильтрат – единственная форма острого аппендицита, которое лечится консервативно. При обнаружении плотного аппендикулярного инфильтрата во время выполнения аппендэктомии попытка разделения его является грубой ошибкой из-за неминуемого повреждения стенки кишки, участвующей в образовании инфильтрата.

При лечении применяют антибактериальную, противовоспалительную терапию, при этом отмечают клиническую, лабораторную и ультразвуковую динамику воспалительного процесса – если у больного не нарастает лейкоцитоз, нет лихорадки, инфильтрат постепенно уменьшается в размерах до полного рассасывания, оперативное лечение применяется только через несколько

месяцев – больным выполняют плановую аппендэктомию, так как в ином случае возможен повторный острый аппендицит.

Если в процессе лечения у больного вновь появляются боли в правой подвздошной области, гектическая лихорадка, лейкоцитоз, а при ультразвуковом исследовании в центре инфильтрата определяется гипоэхогенное жидкостное образование - у больного развивается аппендикулярный абсцесс. В этом случае показано оперативное вмешательство – вскрытие абсцесса, предпочтительно внебрюшинным доступом по Пирогову с последующим дренированием или тампонированием полости абсцесса.

*Тазовый абсцесс (абсцесс Дугласового пространства)* может встречаться как при тазовом расположении червеобразного отростка, так и при погрешностях выполнения аппендэктомии. При формировании тазового абсцесса больные жалуются на боли в нижних отделах живота, промежности, тенезмы, возможно дизурические явления. Повышается температура тела, нарастает лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. При ректальном исследовании определяется болезненность и флюктуацию передней стенки прямой кишки. Важную роль играет ультразвуковое исследование, более информативно трансвагинальное или трансректальное УЗИ.

Вскрывают тазовый абсцесс через переднюю стенку прямой кишки у мужчин и задний свод влагалища у женщин. Операция выполняется под наркозом и заканчивается дренированием полости абсцесса.

*Поддиафрагмальный абсцесс* имеет более стертую клиническую картину, но столь же выраженные признаки системной воспалительной реакции. Характерна боль в грудной клетке, усиливающаяся при глубоком вдохе, иногда присоединяется кашель из-за раздражения диафрагмы. При осмотре можно отметить болезненность при пальпации нижних ребер, выбухание межреберных

промежутков, расширение печеночной тупости. При рентгенографии отмечается высокое стояние купола диафрагмы, возможно наличие жидкости в плевральной полости. При УЗИ и КТ брюшной полости определяется жидкостное скопление под диафрагмой, плевральный выпот. Вскрывают поддиафрагмальный абсцесс чресплевральным или внеплевральным доступом. В настоящее время также применяют чрескожное дренирование абсцессов под контролем УЗИ или КТ.

*Диффузный перитонит* является грозным осложнением острого аппендицита, обуславливающим большинство летальных исходов. Клиническая картина включает в себя клинические симптомы аппендицита, напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины вначале в правых отделах, а затем и по всему животу, рвоту, лихорадку, тахикардию. При УЗИ в брюшной полости определяется свободная жидкость, признаки пареза тонкой кишки. Из особенностей лечения следует отметить выполнение оперативного вмешательства из срединного доступа, который позволяет выполнить и аппендэктомия (устранить источник перитонита), и адекватную санацию и дренирование брюшной полости. Послеоперационное лечение сходно с таковым при перитоните другой этиологии, включая массивную антибактериальную, инфузионную корригирующую терапию и т.д.

*Пилефлебит или септический тромбофлебит воротной вены* – крайне редкое, но самое опасное осложнение острого аппендицита. Летальность при пилефлебите достигает 100%. Развивается он при гангренозной или флегмонозной форме аппендицита, когда происходит тромбофлебит вен брыжеечки червеобразного отростка, быстро распространяющийся на воротную вену и ее ветви. Больные погибают от острой печеночно-почечной недостаточности вследствие множественных внутripеченочных абсцессов. Лечение пилефлебита включает в себя раннюю перевязку vv. Пeocolicae или резекцию илеоцекального угла и массивную антибактериальную терапию.

**Рекомендуемая литература:**

1. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. Л., «Медицина», 1972
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В.С. Савельева – М., Издательство «Триада-Х», 2004
3. Диагностика «Острого живота». Под ред. Н.Н. Самарина, Л., 1952
4. Пронин В.О., Бойко В.В. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия. Харьков, 2007
5. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. М., Триада-Х, 2000
6. Калитеевский П.Ф. Болезни червеобразного отростка. М., Медицина, 1970
7. А.Г.Кригер, А.В.Фёдоров, П.К.Воскресенский, А.Ф.Дронов. «Острый аппендицит». М., Медпрактика-М, 2002 . – 244 с.

### ***Тестовые вопросы***

1. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:

- а) с серозного покрова червеобразного отростка;
- б) со слизистой червеобразного отростка;
- в) с мышечного слоя червеобразного отростка;
- г) с купола слепой кишки;
- д) с терминального отдела тонкой кишки.

2. Дивертикул Меккеля возникает:

- 1) на тощей кишке;
- 2) на подвздошной кишке;
- 3) на восходящем отделе ободочной кишки;
- 4) как следствие аппендэктомии;
- 5) вследствие незаращения желточного протока.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 5; б) 2,4; в) 2,5; г) 3,4;д) 3,5.

3. Интраоперационно целесообразно (т.е. повлияет на действия хирурга и прогноз раневых осложнений) альтернативное разделение различных морфологических вариантов аппендицита

- 1) простой-деструктивный
- 2) флегмонозный-гангренозный
- 3) перфоративный-неперфоративный
- 4)первично гангренозный – вторично гангренозный
- 5) эмпиема – мукоцеле

Правильная комбинация ответов:

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

4. Какие исследования имеют наибольшее значение в дифференциальной диагностике острого аппендицита и острых гинекологических заболеваний?

- 1) определение симптома Ровзинга;
- 2) клинический анализ крови;
- 3) вагинальное исследование;
- 4) пункция заднего свода влагалища;
- 5) гинекологический анамнез.

Выберите правильное сочетание ответов:

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

5. При лечении аппендикулярного инфильтрата нецелесообразно применение:

- а) физиотерапевтического лечения;
- б) антибиотиков;
- в) стационарного лечения;
- г) наркотических средств;
- д) щадящей диеты.

6. Противопоказанием к аппендэктомии при остром аппендиците является:

- а) инфаркт миокарда;
- б) беременность 36—40 недель;
- в) непереносимость новокаина;
- г) аппендикулярный инфильтрат;
- д) нарушения свертываемости крови.

7. У больного П. после типичной аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита на 6-й день после операции повысилась температура, возникли озноб и одышка. Данное состояние может быть обусловлено всеми нижеперечисленными осложнениями, кроме:

- а) правосторонней пневмонии;
- б) абсцесса легкого;
- в) поддиафрагмального абсцесса;
- г) межкишечного абсцесса;
- д) внутрибрюшного кровотечения.

8. Какой из нижеперечисленных приемов не обязателен для диагностики острого аппендицита?

- а) пальпация брюшной стенки;
- б) клинический анализ крови;
- в) пальцевое ректальное исследование;
- г) ультразвуковое исследование органов брюшной полости ;
- д) влагалищное исследование.

9. Варианты расположения червеобразного отростка, влияющие на симптоматику:

- 1) тазовое
- 2) ретроцекальное
- 3) подпеченочное
- 4) ретроперитонеальное
- 5) медиальное

Выберите лучшую комбинацию ответов: а) 1,3,5 б) 2,4 в) 1,3,4,5 г) 1,2,3,5 д) 2,3,4

10. Симптомы, позволяющие заподозрить болезнь Крона:

- 1) боли в правой подвздошной области;
- 2) поносы;
- 3) лихорадка;
- 4) дизурия;
- 5) ускоренная СОЭ

Дайте правильную комбинацию ответов:

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

11. Сомнение в диагнозе «острый аппендицит» может быть окончательно разрешено с помощью

- а) продолженного клинического наблюдения
- б) динамического ультразвукового исследования
- в) видеолапароскопии
- г) колоноскопии
- д) компьютерной томографии

12. Абсцесс Дугласова пространства после аппендэктомии характеризуется следующими главными признаками:

- 1) гектической температурой;
- 2) болями в глубине таза и тенезмами;
- 3) ограничением подвижности диафрагмы;
- 4) нависанием стенок влагалища или передней стенки прямой кишки;
- 5) напряжением мышц передней брюшной стенки.

Дайте правильную комбинацию ответов:

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

13. Экстренная аппендэктомия не показана и требуется расширение диагностического поиска при:

- а) остром катаральном аппендиците;
- б) остром аппендиците во второй половине беременности;
- в) первом приступе острого аппендицита;
- г) неясном диагнозе острого аппендицита у пожилых больных;
- д) остром аппендиците у детей.

14. Симптомы аппендикулярного инфильтрата все, кроме:

- а) субфебрильной температуры;
- б) длительности заболевания 4-5 дней;
- в) профузных поносов;
- г) повышения числа лейкоцитов крови;
- д) пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области.

15. У больного, перенесшего аппендэктомию, начиная с 5 суток на фоне уменьшения локальной болезненности, возникло ухудшение общего состояния: повышение температуры, гектические размахи ее, повышение количества лейкоцитов. В глубине таза появились умеренные боли, переходящие дизурические явления, тенезмы. От какого дополнительного метода исследования можно ожидать убедительного выявления причины описанной выше картины?

- а) хромоцистоскопии;
- б) повторных анализов крови и мочи;
- в) пальцевого исследования прямой кишки;
- г) ректороманоскопии;
- д) трансректального ультразвукового исследования.

16. Для острого аппендицита наиболее характерна:

- а) болезненность в точке Мак-Бурнея;
- б) доскообразный живот;
- в) напряжение мышц и локальная болезненность в правой подвздошной области;
- г) болезненность в точке Ланца;
- д) болезненность в точке Кюммеля.

17. Что не характерно для дивертикула Меккеля?

- а) локализация в мезентериальной части подвздошной кишки;
- б) имеется у 2-3% людей;
- в) находится в 60-70 см проксимальнее илеоцекального угла;
- г) содержит все слои стенки кишки;
- д) может содержать гетеротопную ткань поджелудочной железы, желудка или слизистую ободочной кишки.

18. При подозрении на острый аппендицит правильной тактикой будет

- а) амбулаторное наблюдение с интервалом в сутки
- б) стационарное наблюдение с интервалом 2-3 часа
- в) экстренная лапаротомия
- г) лапаротомия через сутки при сомнительном диагнозе
- д) эндоскопическое обследование ЖКТ (гастроскопия, колоноскопия)

19. Какое из заболеваний труднее всего дифференцировать с острым аппендицитом

- а) острый холецистит
- б) прикрытую перфорацию двенадцатиперстной кишки
- в) терминальный илеит
- г) опухоль слепой кишки
- д) правосторонний аднексит

20. К чему обязывает формулировка «невозможности исключить острый аппендицит»?

- а) экстренной лапаротомии
- б) экстренной лапароскопии
- в) экстренной аппендэктомии
- г) продолжению стационарного наблюдения
- д) срочной колоноскопии

21. Дивертикул Меккеля может вызвать:

- а) инвагинацию;
- б) высокую кишечную непроходимость;
- в) секретировать соляную кислоту и дать перфорацию;
- г) кровоточить;
- д) все вышеназванное верно.

22. Аппендикулярный инфильтрат это:

- а) вариант течения острого катарального аппендицита
- б) особая форма течения острого деструктивного аппендицита
- в) вовлечение червеобразного отростка в воспалительный процесс при правостороннем аднексите
- г) специфическое воспаление в связи с мезаденитом червеобразного отростка
- д) развитие аппендицита при опухоли слепой кишки

23. Основным симптомом острого аппендицита является:

- а) симптом Щеткина — Блюмберга;
- б) симптом Ровзинга;
- в) напряжение мышц и локальная болезненность в правой подвздошной области;
- г) симптом Ситковского;
- д) симптом Образцова.

24. 24-летняя студентка жалуется на тошноту и рвоту, боли в области пупка длительностью 4 часа. В течение последнего получаса боли переместились в нижнюю часть живота. Температура 37,8°C. Лейкоциты  $13 \times 10^9/\text{л}$ . Какой диагноз наиболее верен?

- а) острый пиелит;
- б) острый правосторонний аднексит;
- в) разрыв овариальной кисты;
- г) нарушенная внематочная беременность;
- д) острый аппендицит.

25. Тампонада брюшной полости после аппендэктомии по поводу острого аппендицита не показана при:

- а) неостановленном капиллярном кровотечении;

- б) неуверенности в полном удалении каловых камней, выпавших в момент операции из разорвавшегося червеобразного отростка;
- в) наличии мутного выпота в правой подвздошной области;
- г) неуверенности в адекватном погружении культи отростка;
- д) оставлении верхушки отростка в ране при ретроградной аппендэктомии.

26. 66-летний больной обратился с жалобами на повышение температуры, боли в левой подвздошной области, и признаки кишечного дискомфорта. При пальпации в левой подвздошной области - ригидность мышц.

Ваш предположительный диагноз?

- а) заворот сигмовидной кишки;
- б) дивертикулит;
- в) острый аппендицит;
- г) болезнь Гиршпрунга;
- д) язвенный колит с атипичным расположением отростка.

27. Меккелев дивертикул является анатомическим элементом:

- а) подвздошной кишки;
- б) двенадцатиперстной кишки;
- в) внепеченочных желчных путей;
- г) мочевого пузыря;
- д) восходящей кишки.

28. При осложнении острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом показано консервативное лечение, потому что:

- 1) возможно самоизлечение;
- 2) возможно рассасывание инфильтрата;
- 3) при попытке произвести аппендэктомию возможна перфорация тонкой кишки;

4) после рассасывания инфильтрата развивается легкая форма заболевания— хронический аппендицит;

5) при попытке выделить червеобразный отросток из инфильтрата может развиться перитонит.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

29. При дифференциальной диагностике поддиафрагмального абсцесса с правосторонней нижнедолевой пневмонией наиболее важными признаками абсцесса являются:

1) ограничение подвижности правого купола диафрагмы при рентгеноскопии грудной клетки;

2) наличие надпеченочного уровня жидкости при обзорной рентгенографии брюшной полости;

3) получение гноя при пункции плевральной полости;

4) получение гноя при пункции поддиафрагмального пространства;

5) затемнение нижней доли правого легкого при рентгеноскопии грудной клетки.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

30. 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.

31. К вам поступил больной с аппендикулярным инфильтратом. Комплекс каких консервативных мероприятий наиболее целесообразен у данного больного в первые 3 дня?

- 1) холод на живот;
- 2) антибиотикотерапия;
- 3) местно - УВЧ или УФО;
- 4) тепло на правую подвздошную область;
- 5) парентеральное применение протеолитических ферментов.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2; б) 2, 3; в) 4, 5; г) 1, 5; д) все ответы правильные.

32. Для дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и правосторонней почечной коликой вы предпримете:

- 1) введение спазмолитиков;
- 2) УЗИ;
- 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, 2,3, 4; д) все ответы верны.

33. Для перфоративного 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.

34. Клиническими признаками поддиафрагмального абсцесса являются:

- 1) боли в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота при вдохе;
- 2) болезненность при надавливании в области нижних ребер;
- 3) гектическая температура;
- 4) выбухание нижних реберных промежутков;
- 5) расширение границ печеночной тупости.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

35. У больного 18 лет на 10-й день после операции аппендэктомии развился абсцесс ректовезикального пространства. Что вы предпримете?

- а) массивную антибиотикотерапию;
- б) вскрыете абсцесс ниже-срединным доступом и дренируете малый таз;
- в) вскрыете абсцесс через правую подвздошную область;
- г) дренируете абсцесс через переднюю стенку прямой кишки;
- д) вскрыете абсцесс правосторонним внебрюшным доступом.

36. У больного 40 лет на 2-й день после операции аппендэктомии, произведенной по поводу гангренозного аппендицита, развился парез кишечника, озноб, стали беспокоить боли в правой половине живота, увеличилась печень и появилась желтуха. Симптомов раздражения брюшины не отмечено. О развитии какого осложнения острого аппендицита в первую очередь можно думать?

- а) перитонит;
- б) поддиафрагмальный абсцесс;
- в) межкишечный абсцесс;
- г) пилефлебит;
- д) подпеченочный абсцесс.

37. При аномальном расположении купола слепой кишки диагностика острого аппендицита основывается на следующих положениях

- 1)наблюдении появляющихся признаков местного перитонита
- 2)позитивной идентификации другой ургентной абдоминальной патологии
- 3)использовании диагностической лапароскопии при перитониальных признаках
- 4) выполнении экстренной лапаротомии при очевидном перитоните с интраоперационной диагностикой его причины
- 5) относительно высокой вероятности острого аппендицита по сравнению с другой патологией) у молодых пациентов

Выберите лучшее сочетание ответов: а) 1 б) 1,3,4 в)1,2,3,4,5 г) 2,3 д)1,2,3,4

38. Для отличия острого аппендицита от апоплексии яичника необходимо учитывать следующие признаки:

- 1) симптом Кохера-Волковича;
- 2) симптом Промптова;
- 3) головокружение или обморочное состояние;
- 4) симптом Бартомье-Михельсона;
- 5) иррадиацию болей в крестец и промежность.

Выберите лучшую комбинацию ответов:

а) 1, 2, 4, 5; б) 2, 3,5; в) 1, 4; г) 3, 5; д) все правильно.

39. У больной 23 лет, с беременностью 32 недели, находящейся в хирургическом отделении 18 часов, при динамическом наблюдении полностью исключить наличие острого аппендицита не представляется возможным. Ваша лечебная тактика?

- а) больную необходимо оперировать;
- б) необходимо продолжить наблюдение за больной;
- в) произвести ультрасонографию;
- г) совместно с гинекологом вызвать искусственное прерывание беременности, а затем произвести аппендэктомия;
- д) вызвать прерывание беременности и произвести лапароскопию.

40. Вы должны оперировать больного с типичной картиной острого флегмонозного аппендицита. Каким оперативным доступом целесообразно произвести аппендэктомия в данном случае?

- а) ниже-срединная лапаротомия;
- б) разрез Волковича—Дьяконова;
- в) правосторонний параректальный доступ;
- г) поперечная лапаротомия над лоном;
- д) правосторонний трансректальный разрез.

41. В каком случае острого аппендицита может оказаться целесообразным местное обезболивание?

- а) больной с поздним сроком беременности;
- б) больным до 16 лет;
- в) больному старческого возраста с типичной клинической картиной неосложненного острого аппендицита;
- г) при подозрении на ретроцекальное расположение червеобразного отростка;
- д) при осложнении острого аппендицита разлитым перитонитом.

42. Вскрытие поддиафрагмального абсцесса производят следующим доступом:

- 1) торако-лапаротомией;
- 2) люмботомией;
- 3) двухмоментным чресплевральным доступом;
- 4) лапаротомией в правом подреберье по Федорову;
- 5) внеплевральным внебрюшинным способом.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

43. Что служит противопоказанием к аппендэктомии при выполнении оперативного вмешательства по поводу острого аппендицита?

- а) необходимость расширения оперативного доступа из-за технических трудностей;
- б) ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка;
- в) пальпированный аппендикулярный инфильтрат;
- г) разлитой гнойный перитонит в терминальной фазе;
- д) периаппендикулярный абсцесс.

44. Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие:

- а) массивного спаечного процесса в брюшной полости;
- б) ретроцекального расположения червеобразного отростка;
- в) нарушений реологических свойств крови;
- г) тромбоза артерии червеобразного отростка;
- д) снижения реактивности организма больного.

45. Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и острого калькулезного холецистита можно использовать:

- 1) клинический анализ крови;
- 2) обзорную рентгенографию брюшной полости;
- 3) ультразвуковой метод исследования;
- 4) оральную холецистографию;
- 5) видеолапароскопию.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

46. Какие специальные методы исследования можно применить при дифференцировании острого аппендицита с прикрытой прободной язвой двенадцатиперстной кишки?

- 1) гастродуоденоскопия;
- 2) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- 3) ультрасонография брюшной полости;
- 4) лапароскопия;
- 5) ирригоскопия.

Выберите правильное сочетание ответов:

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

47. Во время операции по поводу острого аппендицита у больного обнаружен аппендикулярный инфильтрат. Какое тактическое решение нужно принять?

- а) произвести диагностическую пункцию инфильтрата;
- б) отказаться от дальнейших манипуляций и закрыть операционную рану наглухо;
- в) ограничить воспалительный инфильтрат марлевыми тампонами;
- г) отказаться от манипуляций, дренировать брюшную полость
- д) выделить червеобразный отросток из инфильтрата и произвести аппендэктомия.

48. Лечение разлитого перитонита аппендикулярного происхождения обязательно включает:

- 1) устранение источника перитонита;
- 2) антибактериальную терапию;
- 3) коррекцию водно-электролитных нарушений;
- 4) санацию брюшной полости;
- 5) парентеральное питание

Выберите лучшую комбинацию ответов: а) 1,2 б) 2,3,5 в) 1,5 г) 1,2,3,4 д) 1,2,4,5

49. Типичными осложнениями острого аппендицита являются:

- 1) аппендикулярный инфильтрат,
- 2) абсцесс сальниковой сумки;
- 3) перитонит;
- 4) абсцесс дугласова пространства;
- 5) пиелонефрит.

Правильными будут: а) 1, 2, 3; б) 1, 3, 4; в) 2, 4, 5; г) 1,2,4; д) 2,3,5.

50. Для диагностики острого аппендицита используются все методы, кроме:

- а) лапароскопии,
- б) клинического анализа крови,
- в) ректального исследования,
- г) ирригоскопии,
- д) влагалищного исследования.

51. У больного, наблюдавшегося в клинике по поводу аппендикулярного инфильтрата в правой подвздошной области, на 6-е сутки появились признаки его нагноения. Каким доступом необходимо вскрыть абсцесс?

- а) через переднюю стенку прямой кишки;
- б) произвести ниже-срединную лапаротомию;
- в) доступом по Ленандеру;
- г) разрезом по Волковичу-Дьяконову с вскрытием брюшной полости;
- д) разрезом по Волковичу - Дьяконову без вскрытия брюшной полости (разрезом по Пирогову).

52. Какой метод исследования позволит вам наиболее точно дифференцировать острый аппендицит и нарушенную внематочную беременность?

- а) общий анализ крови;
- б) УЗИ;
- в) определение хорионического гонадотропина сыворотки;
- г) ректальное и вагинальное исследование;
- д) пункция заднего свода влагалища.

### Ситуационные задачи

1. У больной 59 лет 4 дня назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились затем в правую подвздошную область. Дважды была рвота, температура повысилась до  $37,5^{\circ}\text{C}$ . Больная принимала тетрациклин и анальгин и обратилась к врачу только на 4-й день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больной удовлетворительное. Температура  $37,4^{\circ}\text{C}$ , пульс 88 ударов в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12x8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Лейкоцитов в крови  $11 \times 10^9/\text{л}$ .

О каком заболевании можно думать? С какими заболеваниями следует его дифференцировать? В чем состоит лечебная тактика?

2. Больной 26 лет оперирован по поводу острого аппендицита через 17 час от начала заболевания. На операции обнаружен флегмонозно-гангренозный аппендицит с перфорацией червеобразного отростка. В правой подвздошной области около 50 мл гнойного экссудата.

Укажите дальнейшие действия хирурга и особенности ведения больного в послеоперационном периоде.

3. Больной 29 лет оперирован по поводу острого аппендицита на 2-й день от начала заболевания. На операции обнаружен флегмонозно измененный червеобразный отросток и мутный выпот в подвздошной области. Хирург ограничился только удалением червеобразного отростка. На 6-й день после операции у больного появились умеренные боли в прямой кишке, болезненное мочеиспускание. При ректальном исследовании выявлено выпухание передней стенки прямой кишки, плотное и болезненное. Лейкоцитов в крови —  $13 \times 10^9/\text{л}$ , температура  $37,8^{\circ}\text{C}$ .

О каком осложнении острого аппендицита можно думать и чем можно объяснить его развитие? Какова тактика лечения больного?

4. У больного 34 лет на 7-й день после операции по поводу флегмонозно-гангренозного аппендицита появились ознобы, боли в прямой кишке, тенезмы, учащенное и болезненное мочеиспускание. При ректальном исследовании обнаружен инфильтрат в малом тазу. Через 3 дня после проведенного лечения, включавшего теплые ромашковые клизмы и антибиотики, состояние больного не улучшилось. При повторном ректальном исследовании отмечено размягчение инфильтрата. Температура приняла гектический характер. Ваш диагноз и лечебная тактика?

5. У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При пальпации живота отмечено некоторое увеличение размеров инфильтрата и усиление его болезненности. Консистенция инфильтрата неравномерная. По вечерам наблюдалось повышение температуры до 38—39°C. Лейкоцитов в крови  $17 \times 10^9/\text{л}$ .

Ваш диагноз? В чем состоит лечебная тактика?

6. В стационар поступил больной с диагнозом «острый аппендицит». Больного беспокоили боли в правой подвздошной области, иррадиировавшие как в поясницу, так и в паховую область. Была тошнота, однократная рвота, отмечал учащение мочеиспускания. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 88 ударов в мин. Язык суховат. Живот в правой половине умеренно напряжен и болезнен лишь при глубокой пальпации. Симптом «псоас» положительный. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Пальпация правой поясничной области также несколько болезненна. Лейкоцитов в крови—  $13 \times 10^9/\text{л}$ .

Имеются ли основания подозревать острый аппендицит? Какими дополнительными исследованиями можно верифицировать диагноз?

7. У больной 73 лет, оперированной по поводу перфоративного аппендицита с местным перитонитом, на 7-е сутки после операции появились боли в правой половине грудной клетки, легкий кашель, ознобы. При осмотре отмечено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Пальпаторно нижняя граница легких несколько приподнята, определяется болезненность в правом подреберье и по ходу IX—X межреберья. При рентгеноскопии грудной клетки отмечено наличие жидкости в правом синусе, подъем правого купола диафрагмы и ограничение его подвижны, увеличение размеров тени печени. Лейкоцитов в крови— $21 \times 10^9/\text{л}$ , температура колеблется от  $37,8^\circ$  до  $38,5^\circ\text{C}$ .

Какое заболевание следует заподозрить? Какими дополнительными исследованиями его можно уточнить? Какова лечебная тактика?

8. У больной 23 лет за 12 час до поступления в клинику появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота. В последующем боли локализовались над лоном и сопровождались тенезмами. Состояние больной удовлетворительное. Пульс 96 ударов в мин. Язык суховат. Живот умеренно напряжен в правой пахово-подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании обнаружена болезненность передней стенки прямой кишки. Температура  $37,6^\circ\text{C}$ , лейкоцитов в крови— $14 \times 10^9/\text{л}$ .

О каком заболевании можно думать? Какими специальными исследованиями можно уточнить диагноз? В чем состоит особенность операции при данном варианте течения заболевания?

9. У больного 58 лет 59 час назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Была тошнота и однократная рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку,

после чего боли стихли. На 2-е сутки боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Эйфоричен. Пульс 128 ударов в мин, АД 95/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен во всех отделах и болезненный, но больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина — Блумберга определяется во всех отделах. Температура 37,2°C. Лейкоцитов в крови—18X10<sup>9</sup>/л.

Укажите наиболее вероятную причину перитонита и его стадию. Какие лечебные мероприятия должны предшествовать операции и в чем состоит особенность оперативного вмешательства?

10. Больная 56 лет оперирована по поводу острого аппендицита через 72 час от начала заболевания. На операции обнаружено, что в правой подвздошной области имеется воспалительный конгломерат, состоящий из слепой кишки, петель тонкой кишки и большого сальника. Червеобразный отросток не найден. Ваш диагноз и дальнейшая тактика?

**Ответы на тестовые вопросы:**

№	Ответ	№	Ответ	№	Ответ	№	Ответ
1	Б	14	В	27	А	40	Б
2	В	15	Д	28	Д	41	В
3	А	16	В	29	Б	42	В
4	В	17	А	30	Г	43	Д
5	Г	18	Б	31	А	44	Г
6	Г	19	В	32	Г	45	В
7	Д	20	Б	33	В	46	В
8	Г	21	Д	34	Д	47	В
9	В	22	Б	35	Г	48	Г
10	А	23	В	36	Г	49	Б
11	В	24	Д	37	Д	50	Г
12	Б	25	В	38	Д	51	Д
13	Г	26	Б	39	А	52	Д

**ГОУ ВПО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. И.М. СЕЧЕНОВА**

**Кафедра факультетской хирургии №2 лечебного факультета**

---

Составитель: проф. Ясногородский О.О., доц. Качикин А.С.

## **Неспецифические заболевания лёгких и плевры.**

---

Методическое пособие для студентов старших курсов, интернов, ординаторов и  
практикующих врачей

Под редакцией проф. А.М. Шулутко, проф. В.И. Семикова

**МОСКВА 2010**

**Общая цель изучения** - знание основных симптомов типичного течения неспецифических воспалительных заболеваний легких и плевры; овладение методик клинического обследования больных с заболеваниями лёгких, плевры; умение трактовать результаты обследования этих больных с учётом данных инструментальных и лабораторных методов с целью установления правильного диагноза заболевания в его типичном проявлении, проведения дифференциального диагноза и выбора тактики лечения.

**Задачи:**

**Студент должен знать:**

1. Классификацию неспецифических заболеваний лёгких и плевры, их этиологию и патогенез.
2. Методы обследования больных с заболеваниями лёгких и плевры: рентгеноскопия, рентгенография, компьютерная томография, ригидная бронхоскопия, фибробронхоскопия, бронхография, сцинтиграфия лёгких, ангиопульмонография, торакоскопия, плеврография, цитологическое исследование осадка плеврального экссудата.
3. Основные симптомы заболеваний лёгких и плевры при их типичном проявлении(течении).
4. Правила построения диагноза в соответствии с принятыми классификациями.
5. Принципы выбора тактики лечения больных с заболеваниями лёгких и плевры.

**Студент должен уметь:**

1. Выявлять и правильно интерпритировать жалобы больных с заболеваниями лёгких и плевры.
2. Собрать анамнез у больного с предполагаемым заболеванием лёгких и плевры.
3. Произвести осмотр и правильно провести физикальное исследование пациента (перкуссию, аускультацию).
4. Сформулировать предварительный диагноз, оценив выявленные при обследовании симптомы.
5. Составить план лабораторных и инструментальных методов обследования для подтверждения предполагаемого диагноза.
6. Сформулировать окончательный развёрнутый клинический диагноз на основе правильной трактовки результатов лабораторных и инструментальных методов обследования.

7. Выбрать и обосновать тактику и способы лечения заболевания, определить показания к операции, составить прогноз течения заболевания.

### **Студент должен владеть:**

1. Методикой физикального обследования больного – перкуссия и аускультация.
2. Методикой оценки основных рентгенологических симптомов – гидроторакс, пневмоторакс, пневмо-гидроторакс, осумкованный гидроторакс, очаги деструкции лёгкого, смещение органов средостения.

Основным методом диагностики заболеваний лёгких и плевры является рентгенологический. В связи с этим важно ориентироваться в основных рентгенологических симптомах и их совокупностей - синдромах.

### **Рентгенодиагностика заболеваний лёгких и плевры.**

В основе правильного восприятия рентгенограмм является определенная последовательность их рассмотрения.

#### **1. Установки больного.**

Правильность установки больного определяется симметричностью расположения грудинно-ключичных сочленений относительно позвоночника.

#### **2. Определение стороны грудной клетки.**

Основным объективным ориентиром определения стороны гемиторакса служит дуга аорты. Дополнительными признаком в определении стороны грудной клетки являются конфигурация сердца и газовый пузырь желудка.

#### **3. Изменения костного каркаса грудной клетки.**

Сужение межрёберных промежутков говорит о существенном объёмном уменьшении соответствующей доли или всего лёгкого.

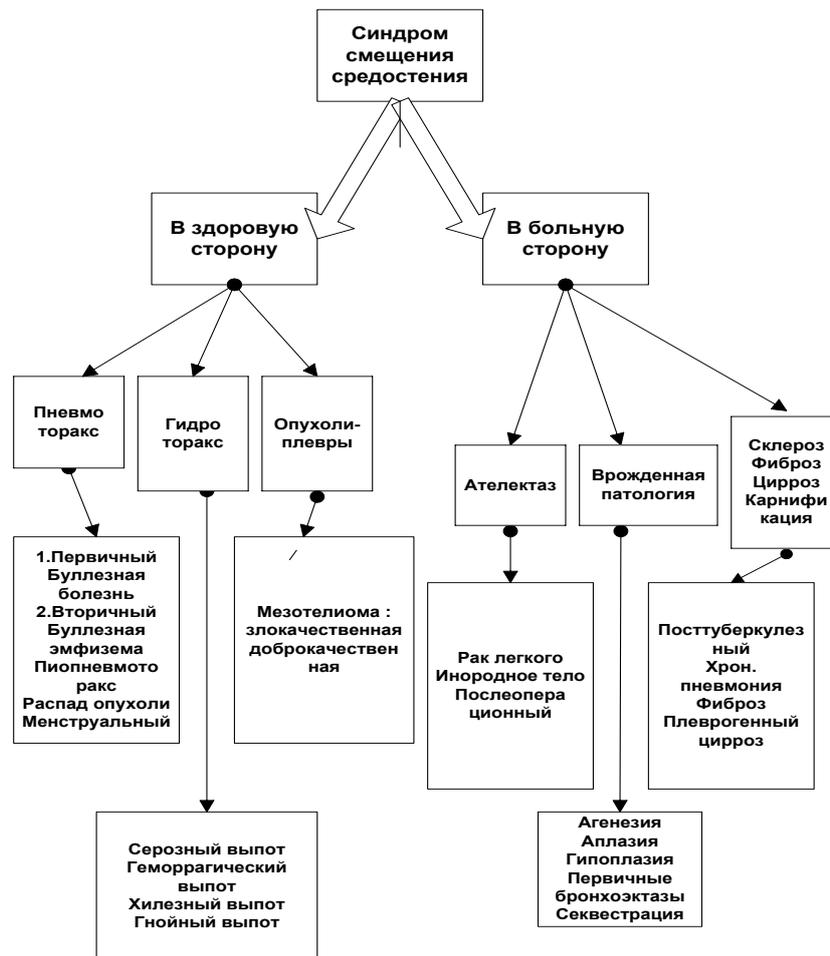
#### **4. Конфигурация куполов диафрагмы и высота их расположения.**

Нарушение конфигурации купола диафрагмы и высокое его расположение может наблюдаться при релаксации диафрагмы. Дополнительный контур, прилегающий к средостению может быть обусловлен диафрагмальной грыжей.

#### **5. Положение средостения и его конфигурация.**

Смещение средостения, как синдром, может проявляться при большом количестве заболеваний. Смещение средостения определяется по тени позвоночника (поперечных отростков позвонков), появляющейся по краю тени средостения.

## Диагностический алгоритм «синдрома смещения средостения»:



Смещение средостения в «здоровую» сторону (постоянное) — клинко-рентгенологический признак — оттеснение органов средостения увеличенным в объеме легким, гидротораксом, пневмотораксом, или перемещенными туда органами брюшной полости у больных диафрагмальной грыжей, у больных с обструктивным вздутием легкого, редко гигантской кистой легкого.

Смещение средостения в «больную» - сторону - (постоянное) обнаруживается у больных с уменьшенным объемом нескольких сегментов, доли или всего легкого. Особенно резко смещаются органы средостения в сторону цирротических изменений, агенезии легкого и фиброторакса после пульмонэктомии, менее заметно — в сторону ателектаза.

Во время исследования желательно контрастировать пищевод, который нередко смещается еще до того, как начинает смещаться срединная тень в целом

При наличии свободной жидкости в плевральной полости последняя проявляется пристеночной тенью с характерной косой границей. Конфигурация тени обусловлена суммацией теней – ближе к средостению между слоями жидкости у задней и передней стенок грудной клетки располагается большой воздушный массив лёгочной ткани, который отсутствует на периферии, поэтому уровень тени на периферии располагается выше, чем у средостения – имеет косое направление.

Появление горизонтального уровня в плевральной полости свидетельствует о проникновении воздуха в плевральную полость, содержащую жидкость. Воздух в плевральную полость может проникнуть только двумя путями – через дефект лёгочной ткани и снаружи, при выполнении плевральной пункции или дренировании плевральной полости. Таким образом, горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости у пациента, которому не выполнялись эти манипуляции указывает на наличие дефекта в лёгком, то есть о деструкции лёгочной ткани.

При тотальном затенении лёгочного поля (гемиторакса) большое диагностическое значение имеет расположение средостения. Смещение средостения в большую сторону свидетельствует об объёмном уменьшении лёгкого, что соответствует ателектазу (нерасправлению, спадению лёгкого) лёгкого за счёт нарушения его вентиляции (обтурация главного бронха).

Смещение средостения в здоровую сторону указывает на дополнительный объём в «больном» гемитораксе, что чаще всего обусловлено скоплением жидкости в плевральной полости.

Следовательно различное расположение органов средостения диктует различную тактику – фибробронхоскопия с диагностикой и устранением причины нарушения вентиляции лёгкого в случае ателектаза лёгкого и выполнение плевральной пункции при гидротораксе.

В связи с этим следует различать два понятия – ателектаз лёгкого и коллапс лёгкого.

Ателектаз лёгкого (греч. atelēs неполный, незавершенный + ektasis растягивание) — спадение всего легкого или его части вследствие нарушения вентиляции.

Коллапс лёгкого - этим термином в 1971 г. советский патологоанатом, профессор 1 ММИ, Анатолий Иванович Струков обозначил компрессионный ателектаз, то есть спадение лёгкого вследствие сдавления извне жидкостью или воздухом.

При пневмотораксе на рентгенограммах можно увидеть край (контур) коллабированного в той или иной степени лёгкого, при этом на «периферии» отсутствует лёгочный рисунок.

## **Модульная единица 1. Неспецифические заболевания лёгких.**

Неспецифические гнойные заболевания легких включают в себя осложненные пороки развития бронхо-легочной системы, бронхоэктазы и инфекционную легочную деструкцию – абсцессы и гангрену легких.

### **Классификация неспецифических заболеваний лёгких:**

Аномалии и пороки развития трахеи, бронхов и легких (агенезия, аплазия, гипоплазия легкого, синдром Мунье-Куна, синдром Картагенера, синдром Уильямса-Кэмпбелла, секвестрация легкого).

Солитарные кисты лёгкого (врожденные - истинные или бронхогенные кисты, приобретенные - ложные кисты, гигантские буллы или буллезная эмфизема).

Бронхоэктатическая болезнь (первичные, приобретенные, врожденные, вторичные бронхоэктазы).

Абсцесс (острый, хронический, гигантский) и гангрена легкого (распространённая, ограниченная – гангренозный абсцесс).

Эмфизема легких (первичная диффузная или идиопатическая, вторичная диффузная или обструктивная, различные виды локализованной эмфиземы).

Спонтанный пневмоторакс (первичный и вторичный пневмоторакс).

### **Пороки развития.**

*Агенезия* - отсутствие легкого вместе с главным бронхом. *Аплазия* - отсутствие ткани легкого при наличии рудиментарного главного бронха.

*Гипоплазия* - имеются главный и долевые бронхи, которые оканчиваются функционально несовершенным рудиментом, легочная ткань недоразвита.

*Гипоплазия легкого и его долей* - это порок, при котором имеется одновременное недоразвитие бронхов и легочной паренхимы. Выделяют простую и кистозную форму.

*Кистозная гипоплазия* (врожденный поликистоз, кистозное недоразвитие) - недоразвитие всех структурных элементов: бронхов, паренхимы, сосудов. Гипоплазия может быть одно- и двусторонней. Может сочетаться с патологией развития других органов и систем (пороки развития диафрагмы, сердечно-сосудистой системы и др.), имеет много клинико - рентгенологических форм, так как возникает на разных этапах эмбрионального и

постнатального развития легких. При кистозной форме гипоплазии наряду со значительным уменьшением объема легкого или его доли отмечаются выраженные изменения в бронхиальном дереве (кистозное расширение сегментарных и субсегментарных бронхов), а также агенезия альвеол и гипоплазия легочных сосудов в месте поражения. Кистозными расширениями могут заканчиваться главные, долевые, сегментарные бронхи (остановка развития на ранних стадиях эмбриогенеза), более мелкие стволы бронхов и самые дистальные бронхиальные разветвления, недоразвитие которых приводит к формированию мелкокистозных форм гипоплазии легкого. Кистозно измененное недоразвитое легкое или его доля являются хорошей почвой для развития хронического нагноения, так как дренажная функция бронхов при этом резко нарушена.

### **Клиника.**

Заболевание может проявиться сразу же после рождения ребенка или в более позднем, иногда даже в подростковом возрасте, в зависимости от сроков присоединения инфекции и развития воспалительного процесса, обычно приобретающего хроническое течение. Больные жалуются на кашель с гнойной мокротой, частые простудные заболевания, одышку при физической нагрузке, повышенную утомляемость. Рано развиваются изменения ногтевых фаланг и ногтей в виде барабанных палочек и часовых стекол. Односторонняя гипоплазия характеризуется асимметрией грудной клетки с западанием пораженной стороны и сужением межреберных промежутков, искривлением позвоночника в грудном отделе в здоровую сторону, смещением органов средостения в пораженную сторону. Дети страдают гипотрофией и отстают в физическом развитии. При аускультации над пораженными участками легкого постоянно выслушиваются сухие и влажные разнокалиберные хрипы.

### **Диагностика.**

Рентгенологическая картина зависит от уровня и объема поражения бронхиального дерева. При гипоплазии всего легкого отмечается выраженное смещение средостения в большую сторону, высокое стояние купола диафрагмы. Пораженное легкое уменьшено в объеме, уплотнено, иногда с кольцевидными просветлениями. При гипоплазии доли легкого развивается картина долевого фиброателектаза с уменьшением и уплотнением доли, как правило, прижатой к средостению и потому не всегда сразу заметной. Соседние здоровые участки легкого выглядят более

прозрачными по сравнению с противоположным легким за счет перерастяжения.

Наиболее демонстративную картину позволяют получить бронхография и компьютерная томография (КТ). При этом выявляются множественные кистозные полости, которыми заканчиваются долевые, сегментарные или более мелкие бронхи, уменьшение угла бифуркации, удлинение и сужение главного бронха, в участке поражения

При ангиопульмографии могут быть выявлены признаки недоразвития легочных сосудов – их истончение, отсутствие контрастирования мелких ветвей, расширение углов разветвления (Климанский В.А.,1975).

### **Дифференциальная диагностика.**

Изменения при кистозной гипоплазии, развивающейся на поздних стадиях эмбриогенеза, весьма схожи с приобретенными ателектатическими бронхоэктазами. При отсутствии характерных рентгенологических признаков установить врожденный характер патологии можно лишь при морфологическом исследовании резецированных препаратов, да и то не всегда. От мелких воздушных бронхиальных кист бронхоэктазы отличаются тем, что очень хорошо контрастируются, а кисты не контрастируются вовсе.

### **Лечение.**

Хирургическое (удаление измененной ткани легкого). В связи с тем, что кистозная гипоплазия прогрессирует, необходимо раннее хирургическое лечение. При двусторонней долевой гипоплазии лечение консервативное.

### **Прогноз.**

Зависит от степени распространенности нарушения развития, своевременности диагностики и лечения.

*Гипоплазия простая* - возникает при остановке развития легкого в конце второго месяца внутриутробной жизни. Простая форма гипоплазии характеризуется равномерным уменьшением легкого, доли или сегмента в результате недоразвития бронхов и паренхимы легкого. При простой гипоплазии легкого имеются клинические и рентгенологические симптомы его уменьшения: асимметрия грудной клетки, сужение межреберных промежутков, высокое стояние диафрагмы, смещение средостения в большую сторону.

Рентгенологически выявляется уменьшение пораженных отделов легкого. Бронхи резко сближены между собой.

*Внутрилегочная секвестрация* – порок развития, при котором часть легкого, отделившаяся на ранних стадиях эмбриогенеза от основного органа, развивается самостоятельно и имеет отдельное кровоснабжение из аорты или её ветвей. Секвестрированная легочная ткань, как правило, кистозно изменяется. Бронхи секвестрированного участка обычно не сообщаются с основным бронхиальным деревом. Большинство авторов, описывающих этот порок развития, выделяют внутридолевую и внедолевую форму легочной секвестрации (Исаков Ю.Ф. с соавт.,1978;Сазонов А.М. с соавт.,1981). При первой патологически сформировавшийся участок легкого не окружен плевральным листком, тогда как при второй он имеет собственную плевру и является по существу добавочной долей легкого. Наиболее частая локализация легочной секвестрации – медиально-базальные отделы нижней доли правого легкого, хотя встречаются и другие варианты. Описаны случаи расположения секвестрации вне легкого — в плевральной, брюшной полости и в полости перикарда.

### **Клиника.**

При отсутствии воспаления секвестрация протекает бессимптомно и выявляется случайно при профилактическом рентгенологическом осмотре. Инфицирование легочного секвестра проявляется как хроническое бронхолегочное заболевание в стадии обострения, но без выделения мокроты. Исключение составляют те случаи, когда нагноившийся участок секвестрации прорывает в бронх основной доли и гной в виде мокроты выделяется наружу.

Помимо нагноения секвестрация может осложняться кровотечением, прорывом в плевральную полость с развитием пневмоторакса или эмпиемы плевры. Описаны также случаи злокачественного перерождения секвестрации.

### **Диагностика.**

Главным отличительным признаком секвестрации легкого является дополнительный крупный сосуд, отходящий от аорты и разветвляющийся в секвестрированной легочной ткани. Этот сосуд можно выявить при аортографии и при КТ. Диагностическое значение может иметь бронхография – контраст чаще не попадает в бронхи секвестрации.

## **Лечение.**

Оперативное – удаление сквестра, чаще всего с основной долей. Во время операции важно найти патологический, питающий секвестрацию, сосуд.

*Редко встречающиеся пороки развития трахеи и бронхов, способствующие развитию внутрилегочного нагноения. Трахеобронхомегалия, как правило сочетающаяся с трахеомаляцией, и известная под названием синдрома Мунье-Куна, а так же врожденные стенозы бронхов, описанные в виде казуистических наблюдений (Климкович И.Г., 1975; Исаков Ю.Ф. с соавт., 1978).*

При трахеобронхомегалии и маляции размягченные и потерявшие упругость хрящи трахеи и крупных бронхов превращают дыхательные пути в дряблую, расширенную трубку, спадающуюся при выдохе и кашле. Дренажная функция бронхов при этом резко нарушается и задерживающаяся мокрота, быстро инфицируясь, способствует развитию нагноения в дистальных отделах легкого. Аналогичный механизм развития гнойных осложнений возникает и при бронхиальных стенозах, нарушающих нормальную экспекторацию и самоочищение бронхов.

### **Клиника и диагностика.**

Аномалии трахеи и бронхов можно заподозрить по наличию характерного кашля с металлическим, дребезжащим оттенком, затруднении форсированного выдоха и наличию трудноотделяемой гнойной мокроты у больных преимущественно молодого возраста. При аускультации над легкими выслушиваются многочисленные разнокалиберные хрипы, не исчезающие после откашливания. При рентгенологическом обследовании часто выявляются признаки бронхоэктазов, а при обострении воспаления - массивной двусторонней пневмонии, нередко с абсцедированием.

Установить правильный диагноз помогает бронхофиброскопия, при которой, в случае трахеобронхомегалии, определяется значительное расширение просвета трахеи и главных бронхов, деформация их стенок с искривлением хрящевых колец и глубокими, мешковидными межхрящевыми промежутками, утолщения слизистой оболочки в виде циркулярных складок и практически полное спадение просвета при кашле и форсированном выдохе - экспираторный стеноз. Врожденные стенозы крупных бронхов определяются в виде гладкостенных воронкообразных или мембранозных сужений с небольшим округлым отверстием в центре.

*Врожденные бронхоэктазы* довольно редки, локализуются всегда слева в нижней доле и язычковых сегментах верхней доли (отсюда и объем оперативного вмешательства при первичных бронхоэктазах – нижняя лобэктомия с резекцией язычковых сегментов) и могут сочетаться с какой-либо наследственной аномалией. Примером может служить ряд синдромов.

Синдром Картагенера (Kartagener) – триада наследственных аномалий: бронхоэктазы с хроническим бронхитом, рецидивирующими пневмониями и бронхореей; хронический пансинусит с назальным полипозом и ринореей; situs viscerum inversus totalis (или partialis). Кроме того часто наблюдаются сросшиеся ребра, шейные ребра, врожденные пороки сердца, инфантилизм.

Синдром Мунье-Куна (Mounier-Kuhn) – трахеобронхомегалия с дивертикулезом – проявляется в раннем детском возрасте клиникой бронхита и бронхоэктазов.

Синдром Уильямса-Кэмпбелла (Williams-Campbell) – комплекс наследственных аномалий, характеризующийся недоразвитием хрящей трахеобронхиального дерева и бронхоэктазами.

*Врожденные (истинные) солитарные кисты* легкого – достаточно частая патология в детском возрасте. В отличие от кистозной гипоплазии солитарные кисты, как правило, не имеют широкого сообщения с бронхами и поэтому инфицируются значительно реже и позже, чем поликистоз. Истинные кисты легкого при рождении ребенка заполнены слизью, нередко имеющей темнокоричневую окраску (т.н. «шоколадные» кисты). При сообщении с мелкими бронхами кисты могут осложняться клапанным механизмом («напряженные» кисты), прорывом в плевральную полость или инфицированием.

Бронхогенные кисты являются наиболее часто встречающимися кистами средостения. Причиной развития бронхогенной кисты является нарушение развития легкого во время эмбрионального периода. Если это происходит на раннем этапе — развивается киста средостения, если на позднем — киста легкого. Наиболее частым местом локализации бронхогенной кисты является зона под бифуркацией трахеи, но могут располагаться и в других местах.

### **Клиника.**

Клиническая симптоматика во многом зависит от наличия или отсутствия осложнений: нагноения кисты, прорыва ее в плевральную полость, развития синдрома внутри-грудного напряжения. При нагноении кисты нарастают симптомы интоксикации, повышается температура тела. Напряжение кисты возникает при наличии клапанного механизма в местах сообщения ее с бронхом. Клиническая картина напряженной кисты характеризуется симптомами нарастающей сердечно-легочной недостаточности.

При инфицировании содержимого кисты на первое место выступают симптомы гнойной интоксикации: высокая лихорадка, потливость, нарастающая слабость, вялость, снижение аппетита. При больших размерах кисты могут появиться симптомы дыхательной недостаточности: одышка, цианоз губ и конечностей, что чаще наблюдается у детей раннего возраста. Характерно появление сухого или влажного кашля.

### **Диагностика.**

На обзорных рентгенограммах и томограммах легких нагноившиеся кисты выглядят как округлые или овальные полостные образования, как правило, с уровнем жидкости и воздухом над ним. В отличие от абсцессов легкого наружный и внутренний контуры кисты четкие и ровные, перифокальная реакция выражена незначительно. Нередко кисты бывают многокамерными, верхний край жидкости в отдельных камерах может быть на разном уровне. Малоизмененные бронхи и сосуды, хорошо видимые при контрастном их исследовании и на томограммах, равномерно огибают контуры кисты, чего не бывает при абсцессах легкого.

Бронхогенные кисты лучше всего диагностируются при РКТ.

### **Дифференциальная диагностика.**

Нагноившиеся кисты, как только что было сказано, следует дифференцировать с абсцессами легкого, главным отличием которых является выраженная перифокальная инфильтрация, распространяющаяся на окружающие отделы легкого и неравномерно утолщенные контуры их стенок. Дренирование абсцесса быстро приводит к уменьшению его размеров и стиханию перифокального воспаления. При опорожнении кисты её размеры существенно не изменяются, а жидкость, как правило, вновь накапливается. В дифференциальной диагностике нагноившихся кист необходимо помнить и о туберкулезной каверне, тем более, что их

локализация (преимущественно в верхних долях) обычно совпадает. Туберкулезную каверну отличает неровный, «изъеденный» внутренний контур и фиброзно-очаговые тени по периферии полости. Кроме того, для каверны характерно наличие теней увеличенных и уплотненных лимфатических узлов в корне легкого и тень дренирующего бронха, хорошо видимая на томограммах.

### **Лечение.**

Удаление кисты целесообразно даже при бессимптомном течении. Показания к нему возникают вследствие опасности нагноения кисты, перфорации ее стенки с развитием медиастинита, пиопневмоторакса, кровотечения. Из стенки кисты может начаться рост злокачественной опухоли.

### **Бронхоэктатическая болезнь.**

Бронхоэктазы – множественные патологические необратимые цилиндрические или мешковидные расширения сегментарных и субсегментарных бронхов с хроническим воспалением бронхиальной стенки, как правило, с гнойной экссудацией в их просвет и склеротическими изменениями в перибронхиальных тканях. В 50% случаев — двусторонние, чаще локализованы в базальных сегментах и нижних долях.

### **Классификации.**

Различают первичные и вторичные бронхоэктазы. Первичные бронхоэктазы обусловлены врожденными пороками с наступающей гипертрофией слизистой оболочки бронхов, усугубляющей нарушение дренажной функции, гиперкринией с присоединением вторичной инфекции. Причиной вторичных приобретенных бронхоэктазов может быть любое нарушение дренажной функции бронхов как функционального, так и органического происхождения, с вторичной гиперкринией, присоединением инфекции и разрушением стенки бронхов со слабо выраженным хрящевым каркасом.

Разделение бронхоэктазов по этиологическому признаку практического значения не имеет, так как достоверно определить причину их появления в большинстве случаев невозможно. Бронхоэктазы принято разделять на первичные («идиопатические») и вторичные, которые являются осложнением какого-либо перенесенного пациентом заболевания – хронического бронхита, хронической пневмонии, туберкулеза, инородного тела бронхов и т.д. Но и т.н. «идиопатические» бронхоэктазы, строго говоря,

первичными так же не являются, возникая в большинстве случаев в результате перенесенных в раннем детском возрасте острых инфекционных заболеваний легких, например, коревой пневмонии.

Значительно большее значение имеет деление бронхоэктазов на ателектатические, возникающие в ателектазированной легочной ткани или сопровождающиеся развитием фиброателектаза, и неателектатические, при которых в окружающей легочной ткани чередуются участки эмфиземы и пневмосклероза. Ателектатические бронхоэктазы, как правило, ограничены пределами одной или двух долей легких, чаще нижней (иногда вместе с язычковыми сегментами) или средней. Неателектатические бронхоэктазы менее локализованы и могут наблюдаться одновременно в различных участках одного или обоих легких.

По форме расширения бронхов выделяют мешотчатые, цилиндрические и смешанные бронхоэктазы. В ателектазированных участках легкого чаще встречаются мешотчатые бронхоэктазы, а неателектатические бронхоэктазы чаще бывают цилиндрическими или смешанными. Наиболее часто встречаются смешанные бронхоэктазы, затем – цилиндрические, далее, в порядке уменьшения частоты – мешотчатые.

Касаясь локализации и распространенности бронхоэктазов, следует отметить, что они имеют определенную закономерность: чаще поражается нижняя доля слева; при поражении нижней доли слева в процесс часто вовлекаются бронхи язычковых сегментов; при поражении бронхов средней доли – базально-передний и базально-медиальный бронхи; иногда бронхоэктазы имеются с обеих сторон, однако, чаще с одной стороны определяются бронхоэктазы, а с другой – деформирующий бронхит.

### **Клиника.**

Заболевание часто впервые проявляется в детском возрасте в виде повторных, рецидивирующих пневмоний, затяжных простудных заболеваний, сопровождающихся кашлем с выделением светлой, а затем серой или зеленоватой мокроты, умеренной лихорадкой. Такие клинические проявления, как выделение зловонной гнойной мокроты, гнойная интоксикация и сердечно-легочная недостаточность, считавшиеся «классическими», у детей в настоящее время встречаются редко. Часто отмечается патология со стороны верхних дыхательных путей – синуситы, аденоиды, хронический тонзиллит. Дети отстают в развитии, часто болеют, быстро утомляются. При обширных двусторонних бронхоэктазах могут наблюдаться изменения ногтевых фаланг и ногтей («барабанные палочки и

часовые стёкла»), свойственные гипоксии и хронической гнойной интоксикации - гипертрофическая остеоартропатия (синдром Пьера Мари-Бамбергера).

У взрослых клинические симптомы более выражены. Характерно рецидивирующее течение заболевания с частыми обострениями и непродолжительными ремиссиями. Большинство пациентов – длительно болеющие люди. Как правило, удается проследить многолетний анамнез с волнообразным течением. Основными симптомами бронхоэктазов, которые позволяют заподозрить это заболевание являются: кашель со значительным количеством слизисто-гнойной или гнойной мокроты, в периоды обострения процесса – повышение температуры тела, боли в груди, одышка. Кашель с гнойной мокротой сохраняется и в светлых промежутках, а при обострении процесса интенсивность его резко усиливается, мокрота приобретает неприятный запах, становится двуслойной (при отстаивании), нередко возникает кровохарканье и реже – лёгочное кровотечение. В периоды обострения больные жалуются на субфебрильную лихорадку, одышку, потливость, вялость, быструю утомляемость, иногда на боли в груди.

### **Диагностика.**

При рентгеноскопии и на обзорных снимках достаточно отчетливо выявляются только ателектазированные участки легкого, а так же изменения легочного рисунка и очаги пневмосклероза. Для верификации диагноза необходимо проведение бронхографии, которая в последние годы, лишь в некоторых случаях, может быть заменена *КТ* и ядерно-магнитно-резонансной томографией (*ЯМР*) легких. Обзорная рентгенография и томография (в том числе – компьютерная) являются ценными методами диагностики бронхоэктазов, однако лишь бронхография позволяет достоверно определить истинный объем поражения, что особенно важно при предполагаемой операции.

В комплекс обследования больных включают бронхоскопию, позволяющую определить характер и степень выраженности эндобронхита (а иногда и установить причину бронхоэктазов, например в случае ранее недиагностированной аспирации инородного тела). До выполнения бронхографии необходимо проведение бронхоскопии, цель которой состоит, прежде всего, в исключении эндобронхиальных образований, инородных тел (возможной причины формирования вторичных бронхоэктазов), оценке степени эндобронхита, решении вопроса о необходимости курса лечебных

(санационных) бронхоскопий. Лишь после полной предварительной санации бронхиального дерева возможно выполнение полноценной бронхографии .

У пожилых пациентов и при больших объемах поражения при решении вопроса о хирургическом лечении важную роль играет функциональное исследование легких и эхокардиография, позволяющие определить характер и степень дыхательных расстройств, легочной гипертензии и компенсаторные возможности легких и сердца.

### **Осложнения.**

При длительном течении бронхоэктазы могут осложниться развитием диффузного обструктивного бронхита, приводящего к гипертензии малого круга кровообращения и развитию легочного сердца. Постоянная и продолжительная гнойная интоксикация приводит к тяжелым почечным осложнениям – очаговому нефриту, амилоидозу почек. Деструкция стенок расширенных бронхов под влиянием гнойного воспаления в них может привести к абсцедированию, а в отдельных случаях и к эмпиеме плевры. При обострении воспаления (а иногда и вне его) может наблюдаться кровохарканье, а иногда массивное легочное кровотечение.

### **Лечение.**

Консервативное лечение пациентов с доказанными бронхоэктазами в периоды обострения процесса включает антибактериальную терапию, лечебную бронхоскопию, ингаляции, что в свою очередь, является и предоперационной подготовкой, в случаях отсутствия противопоказаний. Противопоказаниями к оперативному лечению являются: тотальное поражение бронхиального дерева, тяжелые сопутствующие заболевания.

При планировании операции важно точное определение объема поражения по бронхограммам в двух проекциях.

Абсолютным показанием к операции являются рецидивирующие кровотечения.

Основными операциями при бронхоэктазах, в зависимости от распространенности процесса, являются: лобэктомия, лобэктомия с удалением язычковых сегментов, билобэктомия и пневмонэктомия. Особое внимание в предоперационной подготовке следует уделять санации бронхиального дерева, что позволяет значительно сократить количество послеоперационных осложнений: нагноение операционной раны,

несостоятельность культы бронха, гнойный трахеобронхит, пневмония и легочно-сердечная недостаточность.

### **Абсцесс и гангрена легкого.**

*Абсцесс легкого* представляет собой ограниченное, локальное нагноение с образованием полости в паренхиме легкого.

Деструкция легочной паренхимы под действием патогенных микроорганизмов и выделяемых ими ферментов приводит к формированию отграниченных очагов расплавления ткани в виде полостей, заполненных гнойным экссудатом и детритом, а иногда содержащих секвестрированные фрагменты ткани легкого.

### **Патогенез.**

Абсцедирование в легком развивается при наличии нескольких условий, главными из которых, помимо наличия гноеобразующей патогенной микрофлоры, являются нарушение бронхиальной проходимости и местное расстройство легочного кровообращения. По механизму развития выделяют бронхогенные (в т. ч. аспирационные), гематогенно-эмболические, посттравматические и лимфогенные абсцессы легкого.

Предрасполагающими моментами к развитию абсцессов легкого являются хронические заболевания легких – хронический обструктивный бронхит (у курильщиков), бронхоэктазы, бронхиальная астма. Абсцессы легкого осложняют течение пневмонии преимущественно у лиц со сниженным иммунитетом – алкоголиков, наркоманов, ВИЧ-инфицированных. Резко нарушают общую резистентность организма и тем способствуют развитию абсцессов легкого инфекционные заболевания и, в первую очередь, эпидемический грипп; тяжелая травма; заболевания крови; гиповитаминозы. Серьезным predisposing фактором для развития гнойных осложнений, в том числе абсцессов легкого, является сахарный диабет.

### **Классификации.**

Помимо уже упомянутого деления по механизму развития, острые абсцессы легкого разделяют на простые (гнойные) и гангренозные. К последним относят абсцессы, содержащие участки отторгнутой и некротизированной в результате ихорозного воспаления легочной ткани, именуемые секвестрами. Кроме того абсцессы бывают одиночными и

множественными, центральными и периферическими, односторонними и двусторонними, неосложненными и осложненными. Гигантские абсцессы – это полости деструкции лёгочной паренхимы 6 более см в диаметре.

Абсцессы могут иметь гематогенное (при различных гнойных заболеваниях, септикопиемии, сепсисе), лимфогенное (при топографически близко локализующихся процессах вне легкого), травматическое (при внутрилегочной гематоме в результате любой травмы) происхождение.

Однако наиболее часто (до 90%) встречаются метапневмонические (крупозная или вирусно-бактериальная пневмония) и аспирационные (аспирация рвотных масс или иных инфицированных веществ) абсцессы – бронхогенное происхождение.

### **Клиника.**

В большинстве случаев заболевание начинается остро с повышения температуры до фебрильной, сопровождаясь ознобом, болями в груди на стороне поражения, кашлем. Кашель, в начале – сухой или с незначительным количеством слизисто-гнойной мокроты, в дальнейшем становится самым постоянным и характерным проявлением заболевания, с выделением гнойной мокроты, иногда, с примесью крови и неприятным запахом. В ряде случаев абсцесс легкого приводит к пиопневмотораксу, что ведёт к развитию эмпиемы плевры – тяжёлому осложнению, способствующему прогрессированию заболевания и переходу гнойно-резорбтивной лихорадки в гнойно-резорбтивное истощение.

Клиническая картина в стадии формирования гнойной полости в легком определяется симптомами гнойно-резорбтивной лихорадки, в основе которой лежат три фактора: фактор нагноения, обусловленный наличием некроза и расплавления легочной ткани, фактор резорбции, в результате всасывания продуктов распада тканей и жизнедеятельности микробов и фактор потерь - потеря белка с гнойным отделяемым, (Лукомский Г.И. и Алексеева М.Е.,1988). У больных в этот период отмечается высокая, иногда гектическая, температура, озноб, повышенная потливость, другие признаки интоксикации. Больных часто беспокоит сухой кашель, боли в груди. После прорыва абсцесса в бронх кашель становится влажным, иногда внезапно откашливается большое количество гнойной, нередко геморрагической мокроты, после чего симптомы интоксикации могут регрессировать.

Если абсцесс самопроизвольно опорожняется или его дренируют, он спадается и, в дальнейшем, при небольших размерах, может быть полностью

замещен соединительной тканью. В части случаев внутренняя поверхность полости эпителизируется со стороны бронха, что приводит к формированию «ложной» кисты – другому варианту выздоровления.

Двухслойная мокрота чаще встречается при абсцессе легкого. Верхний слой ее состоит из серозной пенистой жидкости, а нижний — из зеленовато-желтого непрозрачного гноя (рис. 2.19, а).

Трехслойная мокрота наиболее характерна для гангрены легкого, хотя иногда она может появляться у больных с бронхоэктазами и даже гнилостным бронхитом. Верхний слой такой мокроты состоит из пенистой бесцветной слизи, содержащей большое количество пузырьков воздуха, средний — из мутноватой слизисто-серозной жидкости желтовато-зеленоватого цвета, нижний — из желтого или зеленоватого непрозрачного гноя (рис. 2.19, б).

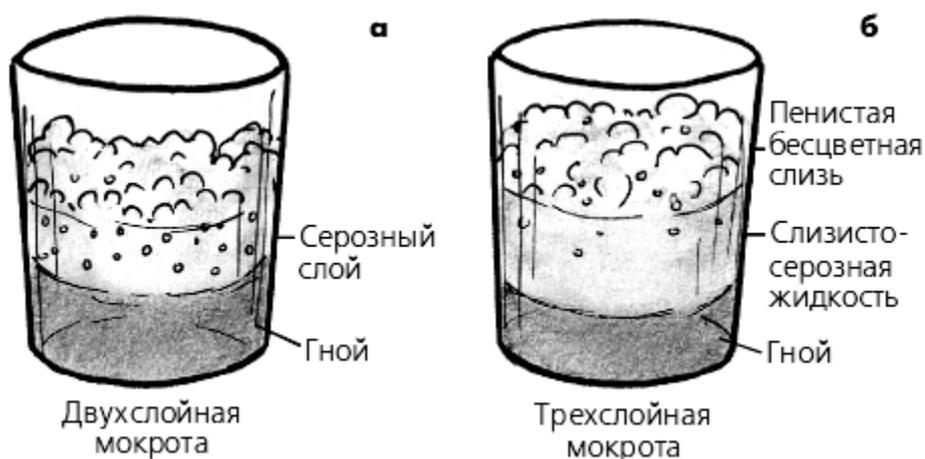


Рис. 2.19. Двухслойная (а) и трехслойная (б) мокрота. Схема

### Диагностика.

Основную роль в диагностике абсцессов легкого играет рентгенологическое исследование, которое желательно выполнять в вертикальном положении больного. Появление одного или нескольких просветлений на фоне гомогенного затемнения в легком свидетельствует о формировании одиночного или множественных абсцессов. Широко используемый термин «абсцедирующая пневмония», по мнению Н.В.Путова

с соавт.(1984), означает лишь определенный период в течении воспалительного процесса в легких и не является самостоятельной нозологической формой. В дальнейшем множественные мелкие полости могут сливаться в более крупные, в которых, после откашливания мокроты, начинают определяться уровни жидкости. Для уточнения локализации абсцессов выполняют многоосевое просвечивание и рентгенографию в прямой и боковой проекциях. Дополнительную информацию о количестве и локализации абсцессов, а так же о появлении сопутствующего плеврального выпота, плохо заметного на обычных рентгенограммах, можно получить при компьютерной томографии легких.

Наиболее часто абсцесс располагается в верхней доле справа, затем – в нижней доле слева.

### **Дифференциальная диагностика.**

Абсцессы легкого следует дифференцировать с туберкулезными кавернами, нагноившимися кистами, абсцедирующими бронхоэктазами и полостной формой рака легкого. При этом важную роль играет бронхоскопия с прицельной биопсией, позволяющая исключить наличие инородного тела, опухоли бронха, выявить признаки специфического воспаления в бронхах, получить материал для морфологического и бактериологического исследования.

Размеры абсцессов, как правило, не бывают меньше 2 – 3 см, что имеет важное значение в дифференциальной диагностике с периферическим раком и туберкулезом. Структура абсцесса зависит, главным образом, от наличия содержимого в полости. До прорыва в бронх тень абсцесса может быть однородной, однако в дальнейшем, после прорыва, в его полость проникает воздух, который располагается либо в виде серпа, при наличии секвестра, либо обуславливает характерную картину с горизонтальным уровнем жидкости. Внутренние контуры полости в большинстве случаев ровные и четкие. Окружающая легочная ткань изменена как при остром, так и при хроническом абсцессе. При остром абсцессе обычно трудно провести грань между зоной воспаления и интактной легочной тканью, при хроническом абсцессе и ложной кисте вокруг полости удается обнаружить зону склеротических изменений. В дифференциальной диагностике абсцесса и распадающегося периферического рака легкого важнейшее значение имеют: характер наружных и внутренних контуров полости, толщина ее стенок, характер содержимого и состояние окружающей легочной ткани. Бугристое, неправильно-округлое затемнение с относительно четкими

наружными контурами, просветлением в центре и неравномерной толщины стенками, иногда с секвестром, расположенное на фоне малоизмененной легочной ткани, часто с признаками лимфангита, характерно для периферического рака.

Следует дифференцировать постпневмонический абсцесс от абсцесса, обусловленного наличием опухоли в бронхе. В большинстве случаев речь идет о преимущественно эндобронхиальном раке и изредка – о доброкачественной эндобронхиальной опухоли. Признаками, позволяющими в первую очередь заподозрить не абсцесс, а центральный рак с ретростенотическим абсцессом, являются: расположение абсцесса близко к корню легкого; некоторое объемное уменьшение доли или сегмента, в котором расположен абсцесс; несоответствие выраженной рентгенологической картины и относительно скудных клинических проявлений.

Инфильтративный туберкулез в стадии распада рентгенологически проявляется в виде толстостенных полостей без уровней жидкости и секвестров, с довольно четкими внутренними и нечеткими наружными контурами. Важным признаком, свидетельствующим в пользу туберкулеза, являются определяющиеся рядом с инфильтратом очаги отсева. Решающее значение принадлежит бактериологическому исследованию.

В части случаев абсцесс легкого приходится дифференцировать с аспергиллемой. Основным отличительный признак аспергиллемы – серп или воздушный ободок, образующийся в результате проникновения воздуха между стенкой полости и клубком мицелия (биссус). При изменении положения больного биссус может смещаться. Внутренний контур аспергиллемы обычно более четкий и гладкий, чем наружный. Наличие вокруг аспергиллемы зоны пневмосклероза обуславливает ее сходство с абсцессом, но отсутствие соответствующих клинических проявлений, стабильность рентгенологической картины на протяжении длительного времени, позволяют с уверенностью поставить правильный диагноз.

**Хронические абсцессы легкого.** Характерным критерием хронического течения абсцесса является стихание признаков острого нагноения при сохранении самой полости на фоне развития пневмосклероза. Часто в такой полости сохраняется небольшой уровень жидкости, а у больного продолжается кашель с отделением гнойной мокроты на фоне уменьшения симптомов интоксикации и относительного улучшения состояния больного. При торпидном течении абсцесса, когда гнойная

интоксикация и симптоматика сохраняется длительное время, условными сроками перехода процесса в хроническую форму, по мнению Н.В.Путова с соавт.(1984), являются 2 месяца от начала лечения.

Основными причинами перехода острого абсцесса в его хроническую форму служат наличие секвестров в полости и недостаточное её дренирование через бронхи. Возможно, играют роль и особенности микрофлоры и реактивности макроорганизма.

**Клиническая картина.** Симптоматика зависит от фазы клинического течения абсцесса – ремиссии или обострения. Во время ремиссии проявления заболевания минимальны. Пациенты жалуются на кашель с умеренным количеством слизисто-гнойной, вязкой мокроты, иногда – на сохраняющуюся слабость, потливость и похудание. Обострение может быть спровоцировано вирусной инфекцией (грипп, ОРЗ), переохлаждением, сильным утомлением, стрессом. У больных поднимается температура тела, усиливается кашель, появляется одышка, боли в груди, недомогание. Увеличивается количество мокроты, приобретающей неприятный запах. Нередко присоединяется кровохарканье. При длительном течении заболевания и частых обострениях у больных развивается выраженная гипопропротеинемия, появляются признаки хронической гипоксии и интоксикации (утолщения ногтевых фаланг в виде «барабанных палочек», ногти в виде часовых стекол).

**Диагностика.** На рентгенограммах отмечается наличие одной или нескольких толстостенных внутрилегочных полостей с неровными контурами, пустых или с жидкостью (при обострении), окруженных зоной пневмосклероза. Видимые при бронхографии или КТ бронхи, проникающие в патологически измененные участки легкого деформированы, просветы их неравномерно сужены или расширены. В период обострения становится заметной воспалительная инфильтрация и количество жидкости в полостях увеличивается. При бронхоскопии отмечается наличие гнойного эндобронхита, наиболее выраженного на стороне поражения. После лечения все изменения медленно регрессируют до очередного обострения.

**Лечение** оперативное, чаще всего лобэктомия.

Бронхоскопия (РБС+ФБС) с катетеризационной биопсией основной метод дифференциальной диагностики полостных образований лёгких.

### **Осложнения и исходы.**

К осложнениям острых абсцессов легкого относят эмпиему плевры, пиопневмоторакс, легочное кровотечение и септическое состояние. Развитие

того или иного осложнения значительно отягощает течение заболевания и ухудшает его прогноз. Исходом острого абсцесса легкого помимо полного выздоровления с опорожнением и рубцеванием (облитерацией) гнойной полости может быть т.н. «клиническое выздоровление» с очищением хорошо дренирующейся через бронхи полости, её стабилизацией и превращением в тонкостенную воздушную кисту («ложную кисту»). Такая киста при её относительно небольших размерах может быть совершенно бессимптомной, однако при неблагоприятных обстоятельствах (активизация инфекции, нарушение проходимости дренирующих бронхов) в ней может возникнуть рецидив нагноения.

**Гангрена легкого** – омертвление и гнилостное расплавление части легкого без четкого ограничения от окружающих тканей. Патологоанатомическая картина гангрены обусловлена диффузным омертвлением легкого на большом протяжении без демаркационной зоны. Легочная паренхима и бронхи подвергаются расплавлению, а более стойкие сосудистые структуры определяются в виде тяжей.

Гангрена легкого - относительно редко встречающееся тяжелое заболевание развивается в основном у лиц с резко нарушенным иммунитетом и, в отличие от абсцессов, характеризуется обширным гнойно-некротическим воспалением без четких границ. Гангрена легкого, как правило, вызывается ассоциациями микроорганизмов, среди которых обязательно присутствует анаэробная микрофлора. Гнойное воспаление при гангрене приобретает ихорозный характер, быстро распространяется на соседние участки легкого, часто захватывая и подвергая некрозу весь орган, вовлекает плевру с развитием гнилостной эмпиемы.

Гангрена лёгкого – это гнойно-гнилостный некроз сегмента, доли или всего лёгкого, не отделённой от здоровой ткани отграничительной капсулой, имеющий склонность к дальнейшему распространению.

Гангренозный абсцесс – тоже гнойно-гнилостный некроз участка лёгочной ткани, но имеющий склонность к секвестрации и отграничению от неповреждённых участков лёгкого, но без пиогенной капсулы – ограниченная гангрена.

Главное отличие гангрены от абсцедирования – в преобладании некроза, то есть нарушение кровообращения в лёгком, с последующим гнилостным расплавлением омертвевшей лёгочной ткани. В начале заболевания преобладает сосудистый компонент, являясь причиной его развития. (Колесников И.С. с соавт., 1983г.).

### **Клиника.**

Вскоре после начала заболевания возникает гектическая лихорадка, сопровождающаяся потрясающими ознобами и проливными потами, резко усиливается интоксикация. Кашель становится болезненным, появляется мокрота с неприятным запахом, дыхание становится зловонным. В легких определяется обширная зона притупления и ослабления дыхания. В крови высокий лейкоцитоз нередко сменяется лейкопенией с появлением юных форм лейкоцитов, прогрессирует анемия. Очень быстро, несмотря на лечение, развиваются симптомы гнойно-резорбтивного истощения, септического состояния. Больные часто погибают от профузного легочного кровотечения.

### **Диагностика.**

Диагноз гангрены легкого ставится на основании особенностей клинических и рентгенологических проявлений, причем клиника приобретает главенствующее значение. На рентгенограммах, в отличие от абсцесса, воспалительная инфильтрация и затемнение легочной ткани при гангрене легкого не имеет четких границ и захватывает всю долю или лёгкое. Иногда появляются разнокалиберные просветления на месте очагов распада, в наиболее крупных из них могут быть хорошо видны участки омертвевшей ткани - легочные секвестры. Характерно быстрое присоединение рентгенологических признаков плеврального выпота, а затем и пиопневмоторакса.

В последние годы все чаще встречается не гангрена легкого, а так называемые гангренозные абсцессы.

### **Лечение.**

Терапевтические методы: интенсивная антибактериальная терапия в соответствии с чувствительностью флоры (стартовая – антибиотиками широкого спектра, с обязательной активностью по отношению к анаэробной флоре), детоксикационная терапия (гемосорбция, плазмаферез, лимфосорбция, интракорпоральная дезинтоксикация), коррекция водно-электролитных нарушений, вспомогательное питание (энтеральное и парэнтеральное), иммунокоррекция.

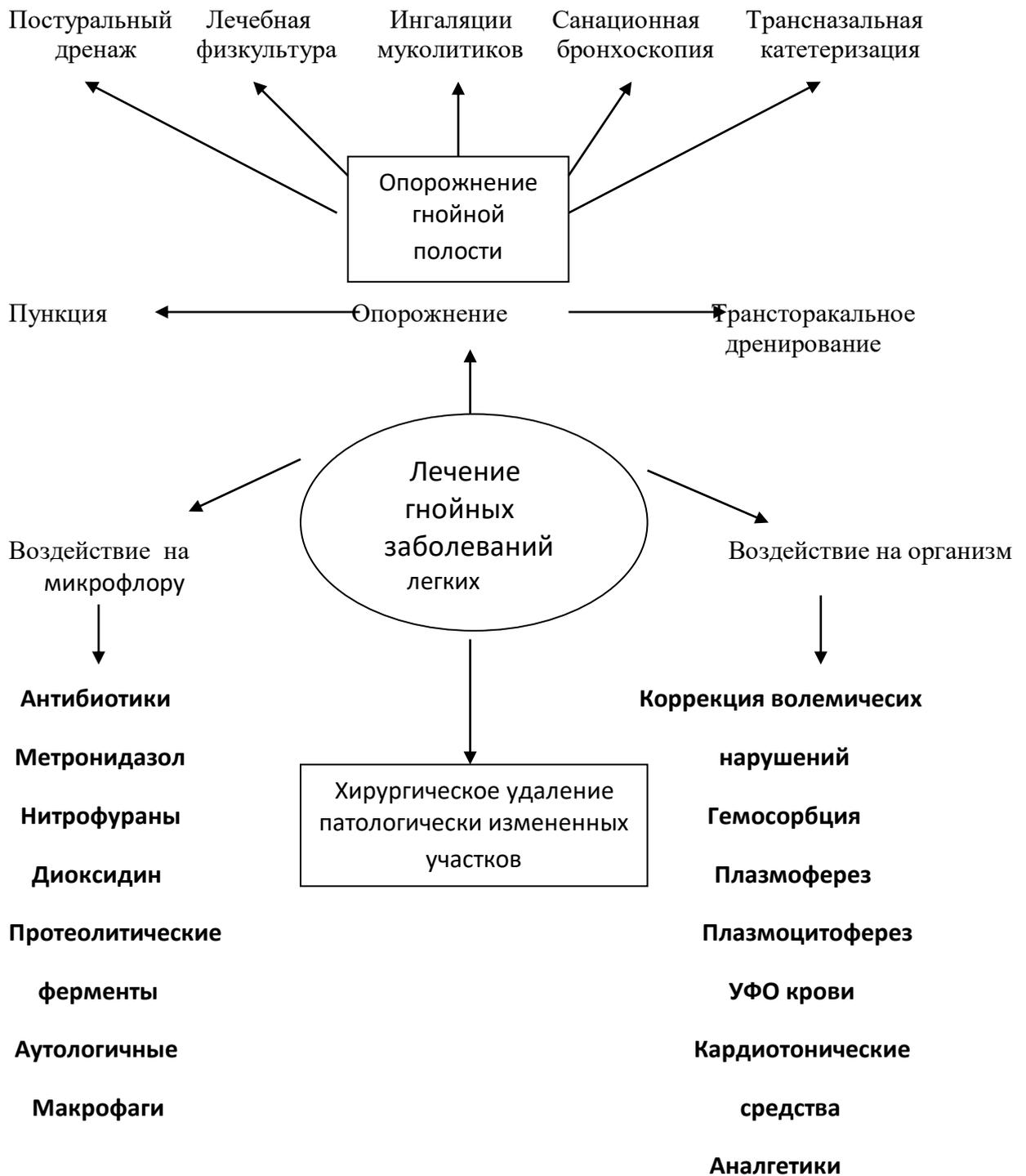
Хирургические методы: лечебная (санационная) бронхоскопия, длительная трансназальная трансбронхиальная катетеризация полости абсцесса с внутривполостным введением антисептиков, трансторакальное дренирование гигантских абсцессов (трансторакальное дренирование по

Мональди), дренирование плевральной полости (в случаях, осложненных эмпиемой плевры).

Подавляющее большинство острых абсцессов, при адекватно проводимой терапии, удается излечить консервативно. В этих случаях, формирование очагового фиброза легкого или ложной кисты считается клиническим выздоровлением.

Показаниями к хирургическому лечению являются: хронический абсцесс; любой абсцесс легкого, осложненный легочным кровотечением. В предоперационной подготовке особое внимание уделяется санации трахеобронхиального дерева и коррекции волевических нарушений, что позволяет значительно снизить вероятность послеоперационных осложнений, в виде несостоятельности культи бронха и пострезекционной эмпиемы плевры. Объем вмешательств – от лоб- или билобэктомии до пневмонэктомии, в зависимости от зоны поражения легкого.

**Комплексное лечение острых и хронических  
гнойных заболеваний легких**



## **Эмфизема лёгких. Спонтанный пневмоторакс.**

В хирургическом аспекте из всех форм эмфиземы лёгких наибольший интерес представляет буллёзная эмфизема.

Буллёзная эмфизема - эмфизема, при которой булла - преобладающий признак.

Булла - четко ограниченная область эмфиземы (эмфизематозный участок легкого) размером 1 см и более в диаметре со стенкой менее 1 мм толщиной.

Reid выделяет три типа булл. Первый тип булл возникает вне зависимости от распространенности эмфиземы. Булла располагается субплеврально в верхних долях легких, ткань входа в нее фиброзно изменена. Второй и третий типы булл встречаются при распространенной эмфиземе, но буллы второго типа локализуются субплеврально, а третьего типа - произвольно.

Буллёзная эмфизема – наиболее частая причина спонтанного пневмоторакса.

До развития пневмоторакса буллёзная эмфизема протекает бессимптомно. Спонтанный пневмоторакс является манифестацией буллёзной эмфиземы.

Основным методом диагностики пневмоторакса является рентгенологический. На рентгенограммах лёгких можно увидеть край (контур) коллабированного в той или иной степени лёгкого, к периферии от этого контура отсутствует лёгочный рисунок.

Различают три степени коллапса лёгкого: в пределах «плаща» - 1 степень, в пределах «ствола» - 2 степень, в пределах «ядра» – 3 степень.

После расправления лёгкого целесообразна компьютерная томография (КТ) грудной клетки для уточнения степени, распространённости, выраженности буллёзных изменений лёгкого. Вместе с этим нужно иметь в виду, что мелкие буллы, являясь потенциальной причиной пневмоторакса могут не определяться даже на компьютерной томограмме.

Основным способом лечения спонтанного пневмоторакса остаётся дренирование плевральной полости с активной аспирацией.

При рецидивном пневмотораксе или неэффективности простого дренирования – хирургическая тактика становится более активной. В настоящее время наиболее часто выполняется видеоторакоскопия (ВТС) с краевой резекцией буллёзно изменённых участков лёгкого коагуляцией булл плазменным потоком, лазерным лучом. При отсутствии видеоторакоскопической техники приходится прибегать к торакотомии.

Операцию часто заканчивают лекарственным плевродезом с помощью растворов антибиотиков тетрациклинового ряда с целью облитерации плевральной полости, что служит профилактикой пневмоторакса даже при разрыве буллы. ( см. Лайт).

Распространённая ошибка при лечении спонтанного пневмоторакса – раннее удаление плевральных дренажей после расправления лёгкого. Аргументом раннего удаления дренажей служит опасение инфицирования плевральной полости через них. Вместе с тем, если лёгкое расправлено инфицирование плевральной полости не представляет никакой опасности, так как при расправленном лёгком развитие гнойных плевральных осложнений невозможно – нет полости. Продолжительное дренирование способствует облитерации плевральной полости, что препятствует рецидиву пневмоторакса.

## **Модульная единица 2. Неспецифические заболевания плевры.**

Эмпиема плевры – скопление гноя в плевральной полости, то есть гнойный плеврит. Однако выделение особой нозологической формы плеврита продиктовано необходимостью значительно более активной тактики лечения эмпиемы плевры в отличие от других плевритов.

В 85- 90% случаев неспецифическая эмпиема плевры (НЭП) является осложнением острых и хронических гнойных заболеваний легких и лишь у 10-15% пациентов она была следствием травмы и внелегочных процессов (сепсис, деструктивный панкреатит, поддиафрагмальный абсцесс, паранефрит и др.).

Эмпиема плевры в три раза чаще встречается у мужчин.

Заболеваемость НЭП остаётся высокой, в том числе и в экономически развитых странах (низкая заболеваемость НЭП в социально благополучных странах – заблуждение).

По данным отдельных клиник Мира:

С 1993 до 2003 - 130 пациентов с эмпиемой thoracis – Австрия.

328 пациентов с 1992 по 2002 – Швейцария.

172 пациентов подверглось декорткации лёгкого по поводу эмпиемы в течение 5-летнего периода – США.

С 1997 по 2004 - 83 пациента с эмпиемой плевры – Турция.

127 пациентам были выполнены операции по поводу эмпиемы плевры за 5-летний период – Япония.

Причины увеличения количества больных эмпиемами плевры:

1. Неадекватное лечение острой пневмонии в стационаре: неправильный выбор, недостаточная дозировка, запоздалое назначение и смена антибиотика.

2. Поздняя диагностика эмпиемы:

- игнорирование клинических проявлений осложненного течения пневмонии

- незнание рентгенодиагностики эмпием

- рентгенография только в одной проекции.

- несвоевременный рентгенологический контроль течения болезни.

- несвоевременное выполнение диагностической плевральной пункции.

- неправильная интерпретация цитологического исследования осадка экссудата.

4. Неадекватное дренирование плевральной полости использование неподходящих дренажей, раннее удаление дренажа (без плеврографии).

#### Классификаций неспецифических эмпием плевры (проф. Г.И.Лукомский).

Клиническое течение	Вид	Патогенез	Протяженность	Степень коллапса легкого
Гнойно-резорбтивная лихорадка	Эмпиема без деструкции легочной ткани	Мета-и пара-пневмоническая	Ограниченная	<b>1</b>
		Посттравматическая	Распространенная	<b>2</b>
Гнойно-резорбтивное истощение	Эмпиема с деструкцией легочной ткани	Метастатическая Симпатическая	Тотальная	<b>3</b>

Характеристика по протяженности: ограниченная – вовлечение одной стенки полости плевры; распространенная – вовлечение двух и более стенок полости плевры; тотальная – вовлечение всей плевральной полости от диафрагмы до купола плевры.

Характеристика степени коллапса легкого: 1 степень – коллапс легкого в пределах плаща; 2 степень – коллапс легочной ткани в пределах ствола; 3 степень – коллапс легкого вплоть до ядра.

Деление по клиническому течению основано на концепции И.В.Давыдовского, согласно которой, гнойно-резорбтивная лихорадка – типовой синдром при нагноительных процессах в организме вообще. При эмпиеме плевры проявляются совокупно или доминируют в отдельности на разных этапах развития гнойного процесса три основополагающих компонента: фактор нагноения, фактор резорбции и фактор потерь.

Первый обусловлен наличием мертвых тканей в полости эмпиемы.

Второй неотделим от собственно нагноения – резорбция продуктов деструкции тканей, гнойных масс, продуктов жизнедеятельности микробов и их самих, ведет к клеточным и гуморальным сдвигам, в основе которых лежат изменения в количестве и составе белков, электролитов, ферментов, дегенеративные изменения паренхиматозных органов, иммунологические сдвиги и т.д. Именно нагноение и резорбция, как доминирующие составные легли в основу термина «гнойно-резорбтивная лихорадка».

К ним присоединяется и сопутствует третий компонент – фактор потерь. Еще Шеллок (цит. по И.В.Давыдовскому) показал, что выделение 5700 мл плеврального экссудата может быть приравнено к потере 358 г белка.

Таким образом, с присоединением фактора потерь, гнойно-резорбтивная лихорадка переходит в качественно новое состояние, именуемое гнойно-резорбтивным истощением.

Развитие эмпиемы плевры сопровождается определенными морфологическими изменениями плевры. Принято различать морфологические стадии эмпиемы плевры.

Первая стадия воспаления плевры – стадия фибринозного плеврита – она, предшествуя развитию эмпиемы, наряду с инфильтрацией плевры, характеризуется образованием компактного фибринозного налета. Когда

экссудат в плевре приобретает гнойный характер, начинается вторая стадия – стадия фибринозно-гнойного плеврита.

Репаративные изменения связаны с третьей стадией воспаления – репаративной, являющейся стадией оформления грануляционной ткани, которая образует пиогенную мембрану. Пиогенная мембрана продуцирует гной, отграничивая его от подлежащих тканей.

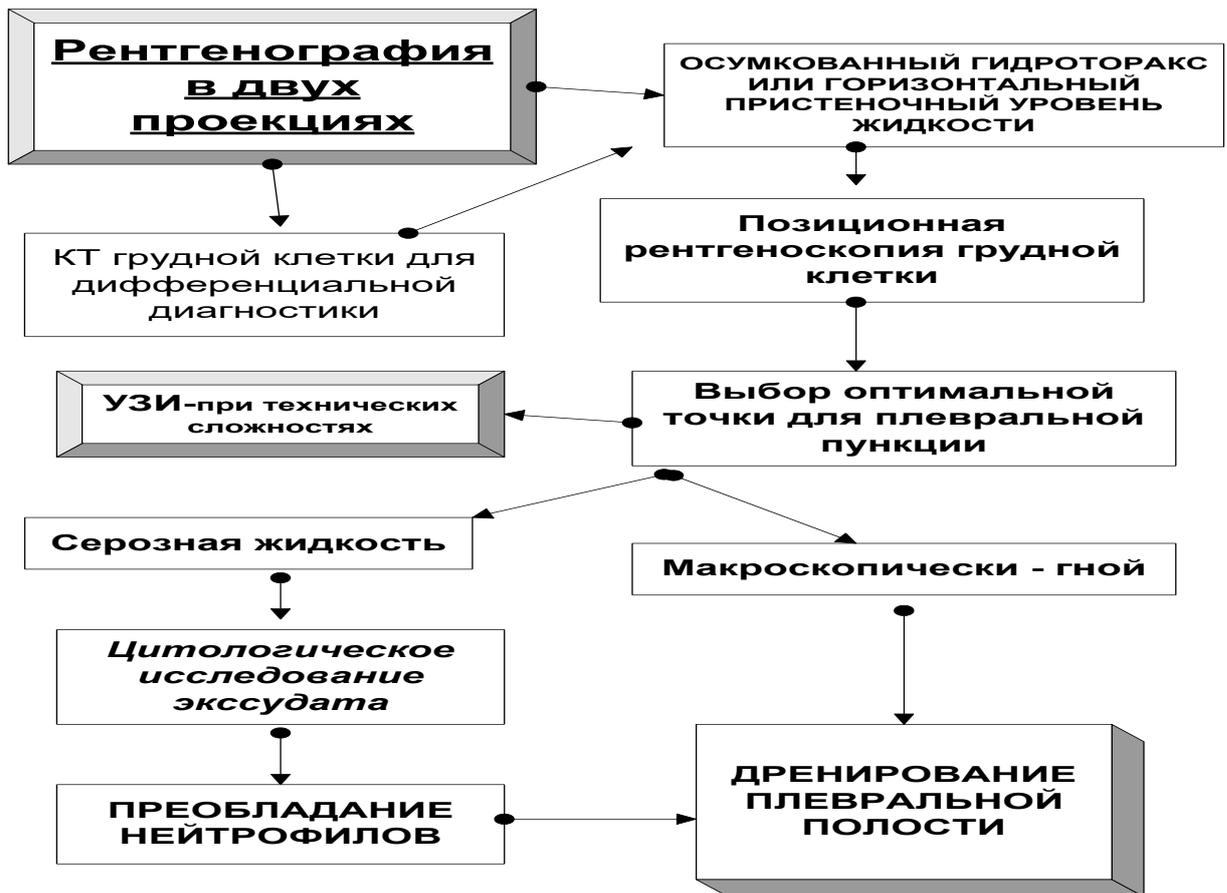
В зависимости от стадии воспалительного процесса морфологически можно выделить острую и хроническую эмпиему.

При острой эмпиеме имеется осумкованная полость со стенками толщиной 2 – 6 мм, состоящими из двух слоев: поверхностного пиогенного из грануляционной ткани с фибринозно-гнойными наложениями и глубокого, образованного собственными инфильтрированными слоями плевры. Длительность острой эмпиемы обычно определяют сроками в 2 – 3 мес., однако этот период может значительно затягиваться. Переход острой эмпиемы в хроническую определяет не срок болезни, а состояние висцеральной плевры, степень её фиброзных изменений.

При микроскопическом исследовании в стенке хронической эмпиемы выявляются уже три слоя: пиогенный, рубцовый и образованный собственными слоями плевры. Стенки мешка хронической эмпиемы достигают толщины 2 – 3 см, ригидны, хрящевой плотности, покрывают легкое подобно панцырю, препятствуя дыхательным движениям, приводя, в конечном счете, к развитию плеврогенного цирроза легкого.

На любой стадии развития эмпиемы плевры находятся признаки острых воспалительных изменений, развития грануляционной ткани и фиброзных изменений (см. схему).

## Диагностический алгоритм.



В диагностике плеврального выпота главная роль принадлежит рентгенологическому исследованию.

### *Рентгенодиагностика.*

В большинстве случаев при развитии гнойного плеврита выпот вначале скапливается в наддиафрагмальном пространстве, в его наиболее низко расположенных отделах – синусах. В связи с этим первыми рентгенологическими признаками наличия жидкости в плевральной полости служат сглаженность реберно-диафрагмального синуса на рентгенограммах в прямой и, особенно, в боковой проекциях и кажущееся высокое положение купола диафрагмы (Л.Д. Линденбрaten, 1961; Л.С. Розенштраух и М.Г. Виннер, 1968). Массивная воспалительная инфильтрация нижней доли легкого может затруднить выявление этих симптомов. В этом случае рекомендуют сделать рентгенограмму в положении пациента лежа на больном боку. При этом жидкость распределяется вдоль грудной стенки и становится хорошо видимой. Это позволяет не только подтвердить наличие выпота в полости плевры, но и приблизительно определить его объем. При толщине полосы жидкости более 10 мм количество последней составляет более 200 мл и при плевральной пункции ее можно аспирировать шприцом

(Р. Лайт, 1986). Однако этот прием срабатывает только при свободной от сращений плевральной полости, равно как и появление косой верхней границы затемнения, известной как линия Эллиса–Дамуазо, возникающей при увеличении объема выпота. Дальнейшее накопление экссудата приводит к нарастающему затемнению гемиторакса и смещению средостения в противоположную сторону. Последний признак, однако, отмечается лишь в тех случаях, когда легкое в связи с воспалительной инфильтрацией теряет свою эластичность и не спадается под давлением окружающей его жидкости, либо при очень большом объеме выпота.

При наличии бронхоплеврального свища в плевральной полости можно увидеть скопление воздуха. Верхняя граница выпота при этом становится хорошо различимой в виде горизонтального уровня. На фоне воздуха, как правило, становится видимым и поджатое легкое, что позволяет оценить степень его коллапса. К коллапсу I степени Г.И. Лукомский (1976) относит те случаи эмпием, при которых легкое поджато в пределах анатомических границ плаща, к коллапсу II степени – в пределах ствола, и к коллапсу III степени – в пределах ядра. Степень коллапса определяет величину функционального уменьшения объема легкого и прямо пропорциональна выраженности дыхательной недостаточности, которая в случаях клапанного (напряженного) пиопневмоторакса бывает резко выраженной и угрожает жизни больного.

По распространенности и локализации выделяют тотальные эмпиемы, захватывающие всю плевральную полость от купола до диафрагмы, распространенные, при которых эмпиема ограничивается двумя или тремя анатомическими стенками плевральной полости (например, реберной и диафрагмальной, или медиастинальной, диафрагмальной и реберной) и ограниченные, в образовании которых принимает участие одна плевральная стенка. По локализации такие эмпиемы бывают пристеночными, апикальными и базальными.

Наличие спаечного процесса значительно изменяет рентгенологическую картину, нередко затрудняя диагностику эмпиемы. Иногда бывает очень непросто определить, где находится гнойная полость – в легком или в плевре, особенно если этих полостей несколько. Являются ли они очагами деструкции паренхимы или ограниченными внутриплевральными гноиниками? При этом И.А. Санпитер и Г.И. Лукомский (1976) отдают предпочтение многоосевой рентгеноскопии с настойчивыми попытками вывести наружный край полости перпендикулярно оси просвечивания. Если при этом удастся увидеть тень висцеральной

плевры или край легкого, наличие эмпиемы может быть в значительной степени исключено. Шаровидная или слегка овальная форма полости также свидетельствует в пользу абсцесса легкого, вытянутая в каудально-краниальном направлении – эмпиемы. При эмпиеме поперечник полости у нижнего ее полюса всегда превышает таковой у верхнего. Стенки полости абсцесса примерно одинаковы по толщине, тогда как медиальная стенка полости эмпиемы, образованная висцеральной плеврой, как правило, тоньше латеральной. Внутренние контуры стенки абсцесса – более бугристые и неровные.

Если гнойный плеврит сопровождается значительной деструкцией легкого, то внутренней границей осумкованной полости эмпиемы может являться не висцеральная плевра, а разрушенная и деформированная паренхима легкого. Подобная картина может возникать и в тех случаях, когда гнойному расплавлению подвергается наружная стенка обширного солитарного субплеврально расположенного абсцесса легкого. Характерным рентгенологическим признаком такой “абсцесс-эмпиемы” является неровная, изъеденная и утолщенная медиальная стенка полости. Наиболее точно определить наличие жидкости в полости плевры и локализовать внутриплевральное осумкование позволяет компьютерная томография. Значительную пользу для правильной диагностики осумкованных полостей и бронхоплевральных свищей может принести введение контрастного вещества в полость – плеврофистулография.

### ***Ультразвуковое исследование (УЗИ.)***

Ультразвуковая эхолокация весьма информативна при осумкованной эмпиеме. При наличии плеврального экссудата проксимальное эхо от кожи, межреберных мышц и париетальной плевры отделяется от дистального эха висцеральной плевры свободным от эха пространством. УЗИ позволяет обнаружить даже небольшое количество плевральной жидкости, его с успехом используют *для* определения места плевральной пункции.

### ***Бронхоскопия.***

Эмпиема плевры не имеет характерной бронхоскопической картины. Лишь при значительном коллабировании легкого можно отметить сближение сегментарных бронхов, потерю их тонуса, иногда отечность слизистой и увеличение ее складчатости – слизистая в виде “рук прачки” (Г.И. Лукомский и соавт., 1982). Однако бронхоскопия очень важна для исключения внутрибронхиальной патологии, которая может оказаться причиной развития пневмонии и осложнившего ее гнойного плеврита. В первую очередь это

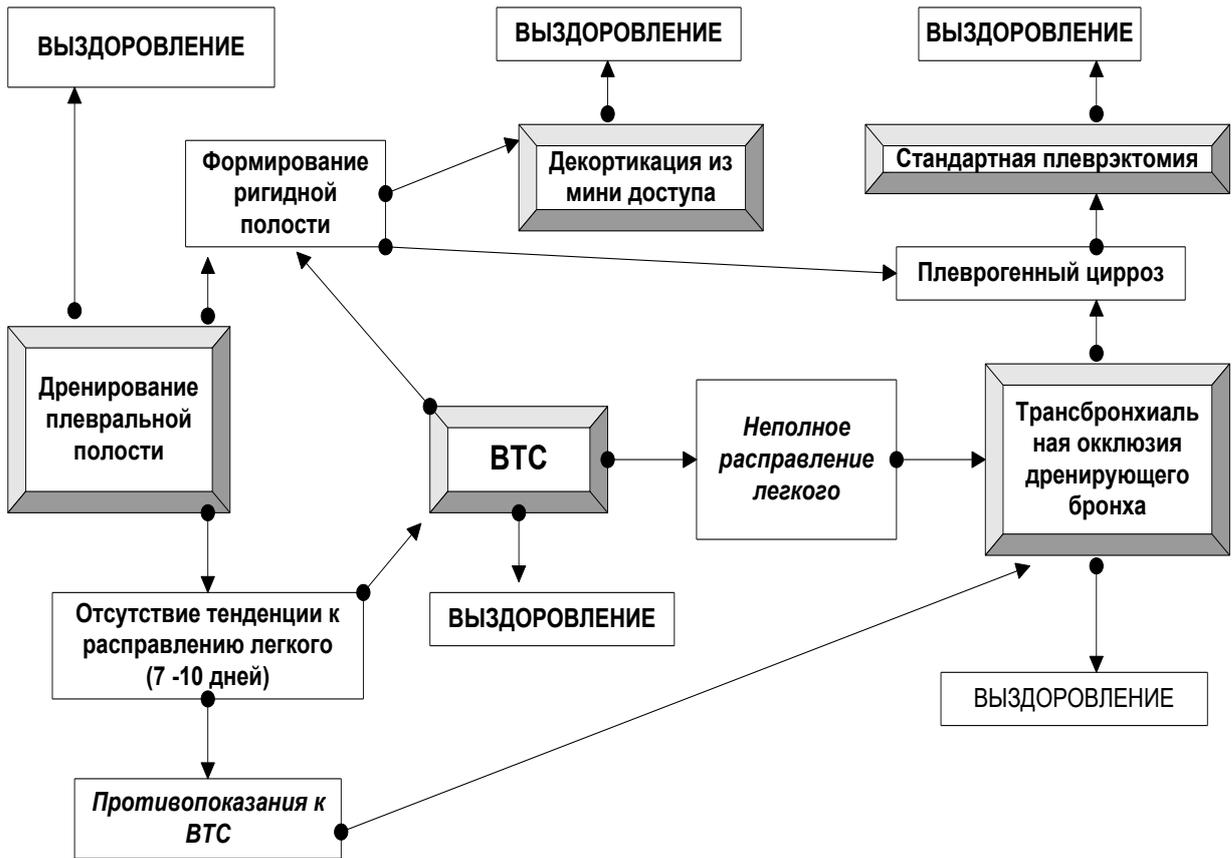
относится к центральному раку легкого, инородным телам бронхов и другим, более редким заболеваниям бронхиальной системы. Кроме того, бронхоскопия позволяет выявить наличие и форму эндобронхита и определить показания к санации трахеобронхиального дерева.

### ***Плевральная пункция и исследование экссудата.***

Рентгенологическое и ультразвуковое исследования позволяют определить наличие жидкости в плевральной полости, ее локализацию и примерный объем. Однако для изучения самого выпота и подтверждения его гнойного характера необходима плевральная пункция. Плевру пунктируют с помощью длинной и достаточно толстой иглы, соединенной со шприцом трубкой из силиконовой резины. При опорожнении шприца трубку пережимают для предотвращения попадания воздуха в плевральную полость. Пункцию выполняют под местной анестезией. Оптимальным местом пункции является точка в 6–7-м межреберье по задней подмышечной линии в положении больного сидя. При осумкованной эмпиеме место пункции определяют при рентгеноскопии или УЗИ.

При гнойном характере выпота проводят бактериологическое исследование для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Если же полученная жидкость прозрачна или слегка мутновата, то кроме посева ее рекомендуют отцентрифугировать и осадок исследовать под микроскопом. Наличие большого количества нейтрофилов свидетельствует о начале гнойного плеврита, а рост патогенной микрофлоры в посеве подтверждает этот диагноз. Ряд дополнительных исследований плевральной жидкости способствует уточнению диагноза. Для гнойного выпота характерно низкое содержание глюкозы (менее 40 мг на 100 мл), снижение рН (менее 7,0), а при эмпиеме, вызванной перфорацией пищевода или панкреонекрозом, в экссудате определяют высокое содержание амилазы (R.W. Light, W.C. Ball, 1973). Цитологическое исследование экссудата, особенно при его гнойно-геморрагическом характере, необходимо для диагностики первичного или вторичного опухолевого поражения плевры, о чем свидетельствуют найденные в мазках атипичные клетки. На высокую вероятность специфичности плеврита указывает преобладание лимфоцитов в осадке экссудата.

## Алгоритм лечебной тактики.



Задача лечения эмпиемы плевры – расправление лёгкого, что определяется состоянием висцеральной плевры, степенью её фиброзных изменений.

Лечение неспецифической эмпиемы плевры всегда начинается с дренирования плевральной полости с активной аспирацией и фракционным лаважом растворами антисептиков. Для 84% пациентов простое дренирование плевральной полости оказывается окончательным методом лечения. Таким образом, основным методом лечения неспецифической эмпиемы плевры остаётся дренирование плевральной полости с активной аспирацией и фракционным лаважом растворами антисептиков.

С развитием малоинвазивных технологий в хирургии, при неэффективности дренирования, стала применяться видеоторакоскопическая (ВТС) санация полости эмпиемы с помощью термических инструментов (плазменные аппараты, лазер). В структуре методов лечения ВТС составляет 7%. В 6% случаев декортикация лёгкого осуществляется из минидоступа с видеоассистенцией.

И только 3% пациентов выполняются стандартные плеврэктомии с декортикацией лёгкого.

ВТС санация включает в себя:

- механическое удаление и вапоризацию фибринных наложений и гнойно-некротических масс
- механическую декортикацию вапоризацию фиброзно изменённой плевры
- частичный пневмолиз
- коагуляцию мелких бронхиальных и бронхиолоальвеолярных свищей
- гермитизацию деплевризированной поверхности лёгкого после механической декортикации
- стерилизацию плевральной полости.

ВТС санация может быть дополнена трансбронхиальной окклюзией несущих свищи бронхов.

### **Лечение.**

Лечение неспецифических эмпием плевры должно проводиться по принципам, учитывающим клиническое течение и механизмы коррекции вышеописанных компонентов гнойного процесса, что схематически может быть представлено в следующем виде. Коррекция фактора нагноения – пункция плевральной полости, дренирование полости эмпиемы с последующей фракционной санацией и активной аспирацией, бронхоскопия (для исключения эндобронхиальной патологии), видеоторакоскопическая санация полости (по показаниям), операция (по показаниям). Коррекция фактора резорбции – экстракорпоральная детоксикация (гемосорбция, плазмаферез). Коррекция фактора потерь – вспомогательное парентеральное или энтеральное питание (питательные смеси, белки, аминокислоты, концентрированная глюкоза, плазма).

При наличии крупных бронхоплевральных свищей, препятствующих санации полости эмпиемы и реэкспансии легкого, возможно выполнение временной (от 7-10 дней до 2–3 нед ) эндобронхиальной окклюзии «дренирующего» бронха.

Показаниями к видеоторакоскопической санации полости эмпиемы является неэффективная санация через дренаж в течение 2 – 3 недель от момента поступления пациента.

Показаниями к операции является санированная эмпиема с ригидной полостью, без тенденции к реэкспансии легкого (хроническая эмпиема) или выраженная деструкция легочной ткани, при условии скомпенсированного волемического гомеостаза.

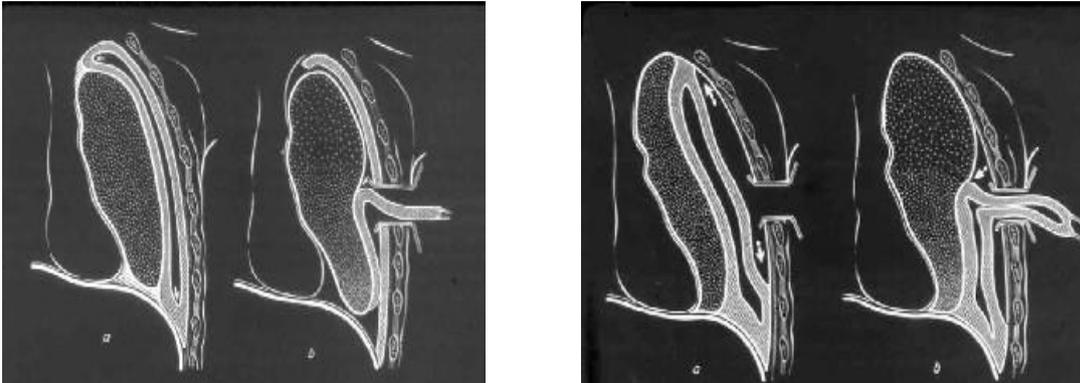


Рис. 8. Схема плеврэктомии и декортикации легкого при хронической эмпиеме плевры.

Объем вмешательств при эмпиеме плевры зависит от вида эмпиемы, степени деструкции легочной ткани. При «простой» эмпиеме плевры чаще всего выполняется плеврэктомия с декортикацией легкого, при той или иной степени деструкции – плевроробэктомия или плевробилобэктомия с декортикацией оставшихся отделов легкого, плевропневмонэктомия.

Декортикация легкого - удаление оперативным путем с его поверхности утолщенной и ригидной висцеральной плевры.

В послеоперационном периоде осуществляется дренирование плевральной полости до полной реэкспансии легкого, антибактериальная терапия и коррекция волемических расстройств, обусловленных самой операционной травмой и интраоперационной кровопотерей.

### **Нехирургические методы лечения НЭП.**

#### **Коррекция волемических нарушений**

Создав путем дренирования полноценный отток гнойного содержимого из плевральной полости и проводя при необходимости бронхоскопическую санацию трахеобронхиального дерева, устраняют фактор резорбции и тем самым снижают интоксикацию организма. Однако сохраняется фактор потерь, ибо вместе с отекающим гноем и мокротой теряется большое количество белка и электролитов. Их потеря и дисбаланс приводят к выраженным волемическим расстройствам, фазы которых

объективно отражают переход гнойно-резорбтивной лихорадки в гнойно-резорбтивное истощение (Г.И. Лукомский, М.Е. Алексеева, 1988). Общие белковые потери у больных эмпиемой плевры, особенно с массивной деструкцией легких, составляют, по данным Г.И. Лукомского и М.Е. Алексеевой, от 7 до 20 г азота в сутки, что эквивалентно утрате 44–125 г белка или 300–500 г мышечной ткани. Такие потери обязательно должны быть восполнены частичным парентеральным питанием, одновременно преследующим цель коррекции волевических расстройств, имеющих место практически у всех больных с гнойным плевритом. Для этого используют аминокислотные смеси, белковые гидролизаты (аминопептид, гидролизат казеина, гидролизин Л-103), а также протеин, плазму и эритроцитарную массу из расчета 1–2 г белка на 1 кг массы тела в зависимости от фазы волевических нарушений. Несмотря на то, что белки плазмы и крови начинают участвовать в обмене веществ через длительный срок после их введения, плазма и эритроцитарная масса помогают устранить анемию, гипопроотеинемию и гипоальбуминемию. Их роль велика и в поддержании онкотического давления циркулирующей крови.

Для утилизации вводимых белков необходимо поступление достаточного количества небелковых энергетических ресурсов из расчета 15–25 ккал на 1 кг массы тела в сутки, в зависимости от стадии заболевания. Такой калораж могут обеспечить жировые эмульсии, концентрированные (50%) растворы глюкозы 600–1000 мл в сутки с обязательным добавлением инсулина или сочетание 10–14% раствора глюкозы (1,5–2 г на 1 кг массы тела в сутки) с этиловым спиртом (1–1,5 г на 1 кг массы тела в сутки). Без введения носителей энергии большая часть вводимого азота идет на восполнение энергетических затрат. Смеси, построенные на жировых эмульсиях и растворах глюкозы концентрацией не выше 10%, можно вводить в периферические вены, в то время как инфузия 50% раствора глюкозы возможна только путем катетеризации центральных вен и проведения катетера в верхнюю полую вену во избежание развития флебита. Усвоение вводимого азота повышается при сочетанном использовании анаболических гормонов и витаминов. Белковый синтез будет неполноценным, если инфузируемые растворы не содержат внеклеточные катионы (не менее 3 мэкв калия на 1 г азота) и содержание магния и фосфора неадекватно. Только так достигается восполнение водосвязывающих структур, играющих активную роль в волевических нарушениях.

### **Антибактериальная терапия.**

Роль антибиотиков, очень важная в начале развития гнойного процесса в плевре, уменьшается по мере формирования плотной пиогенной капсулы, окружающей гнойную полость, и по мере перехода воспаления из стадии гнойно-резорбтивной лихорадки в стадию гнойно-резорбтивного истощения. Подбор антибиотиков осуществляют на основе чувствительности к ним микрофлоры плевральной полости, мокроты или крови (при положительных результатах их посевов). В качестве препаратов первого ряда, назначаемых до получения данных бактериологического исследования, можно рекомендовать антибиотики цефалоспоринового ряда, особенно II и III поколения: цефуроксим, цефокситин, цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, активные как в отношении грамположительной, так и грамотрицательной флоры. Исключение составляют больные, у которых цефалоспорины уже применялись ранее для лечения пневмонии или другого источника инфекции, осложнившегося гнойным плевритом, и потому являются малоэффективными. У таких пациентов лучше сразу же назначать аминогликозиды (гентамицин, тобрамицин) или современные препараты монобактамы, карбапенемы. Антибиотики лучше вводить внутривенно капельно в сочетании с метронидазолом.

При выборе рациональной антибиотикотерапии приходится учитывать тот факт, что по мере трансформирования микробного фона даже самые современные, вновь синтезированные препараты довольно скоро перестают быть эффективными по отношению к антибиотикоустойчивым генерациям микроорганизмов и требуют замены.

В комплексной терапии гнойных плевритов хороший эффект наблюдается от применения УФО крови, гемосорбции, плазмафереза и плазмоцитозфереза, способствующих нормализации гомеостаза, снижению интоксикации организма и повышению его иммунорезистентных возможностей. В острой фазе заболевания рекомендуют проводить коррекцию протеолитического и ингибиторного дисбаланса, регуляцию функции фагоцитов (Е.А. Цеймах, 1996; Я.Н. Шойхет и соавт., 1996). В последние годы неплохие результаты получены при использовании экстракорпорально стимулированных моноцитов, иммуностимулирующих и иммуномодулирующих препаратов.

Целью лечения неспецифической эмпиемы плевры должно стать предотвращение высокотравматичной операции – плеврэктомии с декортикацией лёгкого.

1. Главная причина роста заболеваемости эмпиемой плевры - неадекватное лечение пневмонии и поздняя диагностика эмпиемы.
2. Основным методом лечения эмпиемы остаётся дренирование плевральной полости с активной аспирацией и фракционным лаважом.
3. При отсутствии реэспансии лёгкого на фоне дренирования плевральной полости показаны : ВТС санация плевральной полости, временная эндобронхиальная окклюзия дренирующего бронха, или сочетание этих методов при продолжающемся дренировании плевральной полости с активной аспирацией.
4. При формировании ригидной полости эмпиемы до развития выраженных фиброзных изменений висцеральной и париетальной плевры возможна плеврэктомия с декортикацией лёгкого из минидоступа с видеоассистенцией.
5. При хронической эмпиеме плевры сопровождающейся развитием плеврогенного цирроза необходима стандартная плеврэктомия с декортикацией лёгкого из обычного доступа.
6. При ВТС санации полости эмпиемы, декортикации лёгкого как из минидоступа, так и из стандартной торакотомии для благоприятного исхода операции большое значение имеет надёжный аэрогемостаз на обширных раневых поверхностях лёгкого, с этой целью могут эффективно использоваться термические хирургические инструменты.

### **1876 г. Вена. Европейский конгресс терапевтов**

«...эмпием плевры больше не должно быть, а каждый случай эмпиемы плевры должен быть поставлен в вину лечащему врачу».

**Эвальд**

### ***Ситуационная задача № 1***

28-летняя женщина в течение полутора недель лечилась самостоятельно антибиотиками и домашними средствами по поводу «высокой температуры и кашля». Начало заболевания связывает с переохлаждением. Повысилась температура до 38° С, появился кашель, сначала сухой, затем продуктивный со слизисто-гнойным отделяемым. К врачу не обращалась. Состояние больной продолжало ухудшаться — прогрессирующая слабость, лихорадка, повторные ознобы.

Два дня назад во время кашля одномоментно «полным ртом» выделилось до 200 мл гнойной зловонной мокроты, после чего больная отметила значительное улучшение состояния, понизилась температура.

Внезапно во время кашля у больной появились резкие боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в правое подреберье, одышка.

При осмотре состояние больной тяжелое: одышка до 40 в мин, холодный пот, цианоз губ, тахикардия до 120 уд/мин. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при перкуссии с этой стороны в верхней половине определяется коробочный звук, а ниже угла лопатки — резкое укорочение перкуторного звука. Дыхание во всех отделах правого легкого ослаблено. В левом легком патологии не выявлено. Поколачивание по краю реберной дуги справа резко болезненно.

***Какое заболевание можно заподозрить и какое осложнение предположить?***

1. Острый абсцесс легкого.
2. Поддиафрагмальный абсцесс.
3. Острый пиопневмоторакс.
4. Бронхоэктатическая болезнь.
5. Спонтанный пневмоторакс.

***Какие исследования вы проведете в первую очередь для уточнения диагноза?***

6. Рентгенограммы легких в двух проекциях.
7. Рентгеноскопия легких.

8. Исследование мокроты на спирали Куршмана.
9. Томография.
10. Бронхоскопия.
11. Определение микрофлоры мокроты, ее чувствительности кантибиотикам.
12. Исследование мокроты на бациллы Коха.

*На рентгенограмме выявлена следующая картина (см. рис. 1).*

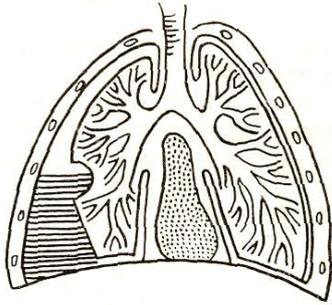


Рис. 1

***Какому диагнозу она соответствует?***

13. Пиопневмоторакс.
14. Гидроторакс.
15. Простая эмпиема плевры.
16. Эмпиема плевры с деструкцией легкого.
17. Спонтанный пневмоторакс.

***Установив окончательный диагноз, переходите к выбору плана лечения.***

18. Локальное воздействие на очаг нагноения.
19. Компенсация белково-волемических нарушений.
20. Комплексная терапия, направленная на ликвидацию нагноения и нивелировку катаболизма.
21. Антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры.

***Каковы пути реализации избранного вами плана лечения?***

22. Дренирование плевральной полости с активной аспирацией.
23. Повторение пункции плевральной полости.

24. Торакотомия с тампонадой полости по Вишневскому.

25. Вспомогательное парентеральное питание.

***Какую инфузионную терапию следует проводить больной.***

Проводимая вами терапия оказалась эффективной. Спустя месяц после поступления состояние больной вполне удовлетворительное, температура нормализовалась, кашель незначительный со скудным серозно-гнойным отделяемым.

***Какие исследования можно рекомендовать на этом этапе для определения дальнейшей лечебной тактики***

При плеврографии обнаружено, что контраст, введенный через дренаж, выполняет полость в плевре размером 20X10 см, расположенную над диафрагмой сзади, и через свищ попадает в полость 6X6 см в нижней доле правого легкого. Контрастированы также бронхи верхней и средней долей — патологии в них не выявлено.

***Сформулируйте окончательный клинический диагноз.***

26. Хронический одиночный абсцесс легкого.

27. Хроническая простая эмпиема плевры.

28. Хроническая эмпиема плевры с деструкцией легкого.

29. Ограниченная эмпиема.

30. Тотальная эмпиема.

31. Пиопневмоторакс.

***Исходя из вашего диагноза, какую лечебную тактику следует рекомендовать на этом этапе?***

32. Продолжить инфузионную терапию.

33. Выписать с дренажем на амбулаторное лечение.

34. Рекомендовать торакотомию с тампонадой полости по Вишневскому.

35. Рекомендовать плеврэктомию.

36. « » декортикацию легкого.

37. « » торакопластику.

38. « » плевропульмонэктомия.

39. « » нижнюю плевралоэктомию с декортикацией

### ***Ситуационная задача № 2***

Больной 20 лет жалуется на кашель со слизисто-гноющей мокротой до 100 мл в сутки, мокрота лучше отходит утром, иногда содержит прожилки крови.

В детстве часто болел «простудными заболеваниями», неоднократно лечился в стационарах по поводу пневмонии, чаще левосторонней. Каждый раз выписывался с улучшением, однако в осенне-весенний период вновь наступало обострение. Последние два года отмечает прогрессирующее ухудшение общего состояния, снижение работоспособности, увеличение количества мокроты, частое повышение температуры.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Имеется незначительный акроцианоз, изменения ногтевых фаланг в виде «барабанных палочек».

Пульс 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД—110/80 мм. рт. ст. При дыхании отмечается отставание левой половины грудной клетки ниже угла лопатки, где перкуторно выявлено нерезкое укорочение перкуторного звука, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание и единичные крупнопузырчатые влажные хрипы. В остальных отделах легких патологии не выявлено.

### ***Какое заболевание можно предположить у больного?***

1. Острая пневмония с абсцедированием.
2. Хроническая пневмония.
3. Хронический бронхит.
4. Поликистоз легких.
5. Бронхоэктазы.
6. Бронхиальная астма.
7. Туберкулез легких.
8. Хроническая эмпиема плевры.

### ***Какие исследования вы проведете для постановки диагноза?***

9. Клинический анализ крови.
10. Общий анализ мочи.
11. Анализ мочи по Зимницкому.
12. Биохимические исследования крови.
13. Рентгеноскопию грудной клетки.
14. Рентгенографию легких в двух проекциях.
15. Томографию легких.

***Вы получили рентгенограммы легких. Какая из представленных рентгенограмм может принадлежать вашему больному?***

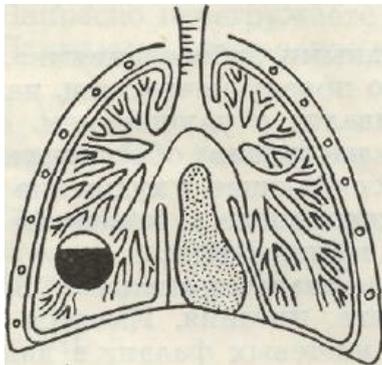


Рис. «А».

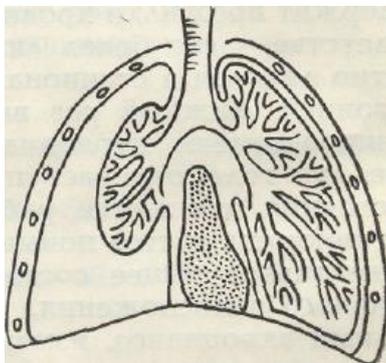


Рис. «Б».

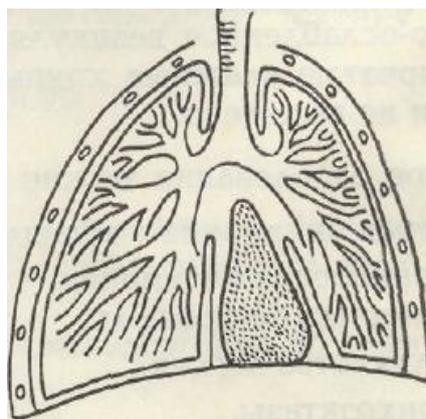
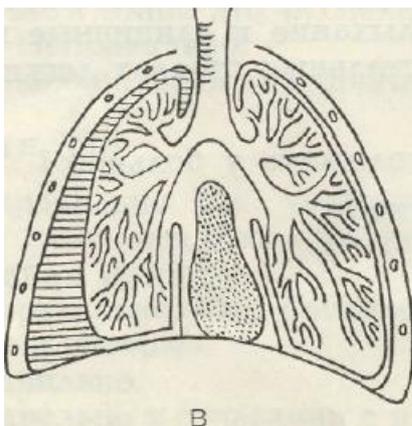


Рис. «В»

Рис. «Г»

**Какие специальные методы исследования вы сочтете нужным использовать для уточнения диагноза?**

16. Бронхоскопию.
17. Бронхоспирометрию.
18. Сканирование легких.
19. Ангиопульмонографию.
20. Искусственный пневмоторакс.
21. Бронхографию.

**На полученной бронхограмме выявлены следующие изменения (рис. «Д»). Сформулируйте развернутый клинический диагноз (выберите нужное число ответов).**

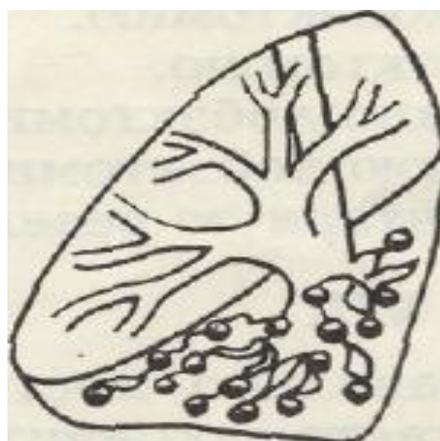
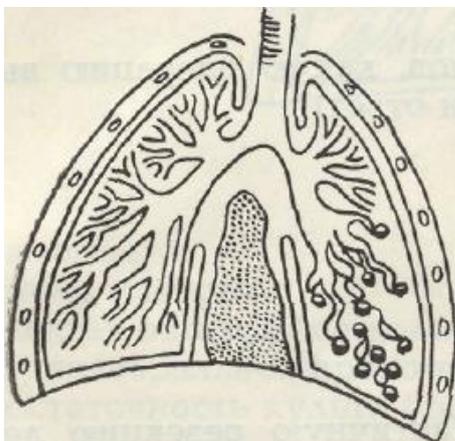


рис.Д

25. Деформирующий бронхит.
26. Множественные абсцессы.
27. Бронхоэктазы цилиндрические
28. Бронхоэктазы мешотчатые.
29. Тотальное поражение.
30. Ограниченное поражение.

***Вам следует определить дальнейшую тактику лечения больного (один ответ).***

31. Проводить дальнейшее лечение в условиях терапевтического отделения.
32. Рекомендовать санаторное лечение.
33. Выписать с рекомендацией проводить санационные бронхоскопии амбулаторно.
34. Рекомендовать оперативное лечение.

***Какие показатели могут быть критериями для оценки оптимальных сроков оперативного вмешательства (выберите нужное число ответов)?***

35. Улучшение общего состояния.
36. Стойкая нормализация температуры.
37. Уменьшение количества мокроты.
38. Нормализация показателей общего анализа крови.
39. » » ОЦК и его компонентов.
40. Бронхоскопически — ограничение воспалительных изменений слизистой оболочки бронхов зоной органических изменений.
41. Бронхоскопически - полная ликвидация воспаления в бронхах.

***Исходя из предыдущих этапов, какую операцию вы предполагаете провести больному (один ответ)?***

- 42. Пульмонэктомия.
- 43. Билобэктомия.
- 44. Верхнюю лобэктомия.
- 45. Нижнюю лобэктомия.
- 46. Сегментарную резекцию.

**Вы правильно поступили. Частичную резекцию легкого вы предполагаете закончить (любое число ответов)?**

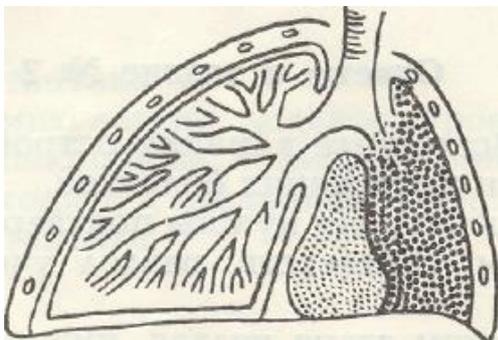
- 47. Алкоголизацией межреберных нервов,
- 48. Оставлением дренажей в плевральной полости.
- 49. Наложением пневмоторакса.
- 50. » пневмоперитонеума.
- 51. Ушиванием раны наглухо без каких-либо дополнительных манипуляций.

**На третьи сутки после операции отмечено резкое ухудшение состояния больного: температура повысилась до 39°C, одышка - 36 в мин, пульс 110—120 уд/мин, ритмичный, удовл. наполнения, АД—130/80 мм рт. ст. Отмечен акроцианоз, укорочение перкуторного звука и значительное ослабление дыхания на стороне операции. Отделяемого по дренажу из плевральной полости почти нет, дренаж проходим.**

***Какие дополнительные исследования вы рекомендуете провести для выявления характера осложнения?***

- 52. Срочно определить гемоглобин и лейкоцитоз крови.
- 53. Сделать рентгенографию легких.
- 54. Произвести ревизию раны.
- 55. Сделать ЭКГ.
- 56. Определить КЩС крови.

На рентгенограмме легких имеется следующая картина (рис. «Е»). Анализ крови: лейкоцитоз 22000; гемоглобин 68 ед. Ваш диагноз (один ответ)?



- 57. Пневмония.
- 58. Эмпиема плевры.
- 59. Ателектаз оставшейся доли.
- 60. Внутриплевральное кровотечение.
- 61. Недостаточность культы бронха.

***Вы правильно диагностировали осложнение. Какие мероприятия вы считаете целесообразными в этой ситуации (любое число ответов)?***

- 62. Паранефральная блокада.
- 63. Вагосимпатическая блокада.
- 64. Отхаркивающие средства.
- 65. Фибробронхоскопия с аспирацией содержимого бронхов.
- 66. Пункция плевральной полости.
- 67. Применение спазмолитиков.
- 68. Реторакотомия.

***Какие возможные исходы этого осложнения могут иметь место (любое число ответов)?***

- 69. Развитие пневмонии.

- 70. Абсцедирование
- 71. Разрешение процесса.
- 72. Внутривезикулярное кровоизлияние.
- 73. Тромбэмболия легочной артерии.

***Вы правильно лечили больного. Дальнейшее течение послеоперационного периода гладкое. Ваши рекомендации при выписке больного из стационара (любое число ответов)?***

- 74. Выписать на работу.
- 75. Рекомендовать санаторно-курортное лечение.
- 76. Направить на ВТЭК для определения группы инвалидности

### ***Ситуационная задача № 3***

Больной 56 лет жалуется на периодический сухой кашель, недомогание. Заболел два месяца назад, когда внезапно повысилась температура до 39°C, был озноб, головная боль, резкое недомогание. Лечился амбулаторно: сульфаниламиды, отхаркивающая микстура, горчичники.

Состояние улучшилось, температура нормализовалась, и больной приступил к работе. Однако продолжал беспокоить кашель, чаще сухой, надсадный. За этот период дважды замечал прожилки крови в мокроте, но не придавал этому серьезного значения и продолжал работать.

Курит с 20 лет, выкуривает в сутки 20—25 сигарет.

В 40 лет перенес левостороннюю пневмонию, после чего отмечает небольшой кашель по утрам с умеренным количеством мокроты. За последнее время характер кашля изменился— он стал мучительным.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, АД —130/80 мм рт. ст. Число дыханий 22 в мин. Перку-торно над легкими с обеих сторон легочный звук, дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы в нижне-задних отделах справа.

***О каких заболеваниях можно думать?***

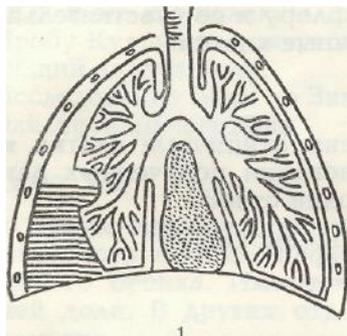
1. Хронический бронхит.
2. Хроническая пневмония.
3. Бронхоэктазы.
4. Рак легкого.
5. Туберкулез легких.
6. Эмфизема легких.
7. Пневмокониоз.
8. Хронический абсцесс легкого.
9. Гангрена легкого.
10. Хроническая эмпиема плевры.
11. Пиопневмоторакс.
12. Спонтанный пневмоторакс.

***Какие исследования вы сочтете первостепенными для ориентировки в диагнозе?***

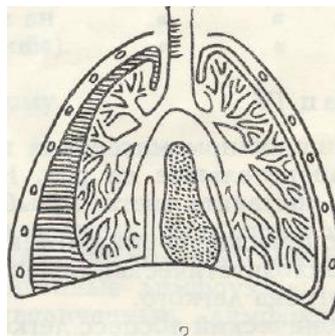
13. Общий анализ крови.
14. » » мочи.
15. Флюорографию легких.
16. Рентгеноскопию легких.
17. Рентгенографию легких в 2 проекциях.
18. Томографию легких.
19. Спирографию.
20. Исследовать мокроту на микрофлору и ее чувствительность к антибиотикам.
21. Исследовать мокроту на наличие бацилл Коха.

***На флюорограмме и последующей рентгенограмме легких в 2 проекциях обнаружено затемнение неправильно округлой формы 4X6 см в среднем***

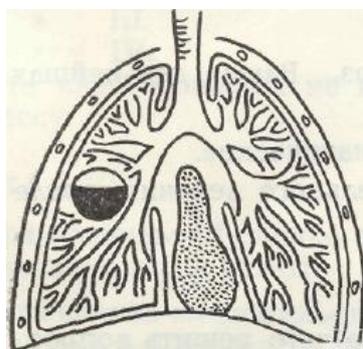
*легочном поле справа. Какая из представленных схем-рентгенограмм может принадлежать вашему больному?*



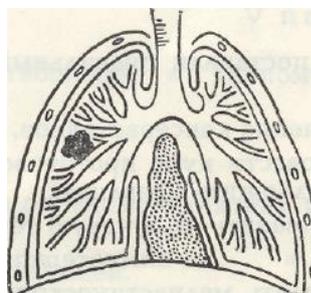
22 рис. 1.



23. Рис.2



24 рис. 3.



25 Рис. 4

*Какие исследования вы назначите больному для уточнения диагноза (выбрать нужные ответы)?*

26. Обзорную бронхоскопию.
27. Фибробронхоскопию с биопсией.
28. Бронхографию.
29. Бронхоспирометрию.
30. Ангиопульмонографию.
31. Сканирование легких.
32. Торакоскопию.
33. Наложить искусственный пневмоторакс.
34. Наложить пневмоперитонеум.
35. Сделать томограмму легких.

36. Сделать медиастиноскопию.
37. Произвести катетеризацию пораженного бронха.
38. Произвести пункцию образования через грудную стенку.
39. Исследовать мокроту на БК.
40. Исследовать мокроту на эластические волокна и спирали Куршмана.
41. » » на микрофлору и ее чувствительность.
42. » » на атипичные клетки.

***В биопсийном материале получены атипичные клетки крайне подозрительные на рак. На основании полученных данных можно поставить диагноз (выбрать один ответ)?***

43. Хроническая пневмония.
44. Бронхоэктатическая болезнь.
45. Гангрена легкого.
46. Хронический абсцесс легкого.
47. Рак легкого.
48. Междолевой плеврит.
49. Спонтанный пневмоторакс.

***Вы поставили правильный диагноз. Ваша дальнейшая тактика?***

50. Лечение консервативное, симптоматическое.
51. Провести курс противовоспалительного лечения, после чего предложить операцию.
52. Направить на лучевую терапию.
53. » » на химиотерапию.
54. Сделать медиастиноскопию, после чего решить вопрос о характере дальнейшего лечения.
55. Провести дополнительные исследования для выявления сопутствующих заболеваний и волевических нарушений.

56. Оперировать больного без учета данных других исследований.

*При медиастиноскопии обнаружены увеличенные паратрахе-альные и бифуркационные лимфоузлы, которые взяты на исследование.*

*Результат гистологического исследования: гиперплазия лимфоидной ткани, нерезко выраженный антракоз.*

*Какие исследования вы сочтете необходимыми для определения возможности проведения хирургического лечения (любое колич. ответов)?*

57. Общий анализ крови.

58. Сахар крови.

59. Остаточный азот крови.

60. Электролиты крови.

61. Гематокрит.

62. Общий белок крови и его фракции.

63. ОЦК и его компоненты.

64. Пробу Кудряшова (жгутовая проба).

65. Общий анализ мочи.

66. Исследование мочи по Зимницкому.

67. Электрокардиография.

*Во время операции обнаружена опухоль, исходящая из 6-го сегментарного бронха, инфильтрация (опухолевая) устья нижнедолевого бронха. Имеются увеличенные лимфоузлы в корне нижней доли. В других отделах увеличенных лимфоузлов не обнаружено. Определите стадию процесса.*

*При правильной оценке процесса определите тактику во время операции (один ответ).*

68. Ограничить вмешательство торакотомией.

69. Удалить 6-й сегмент и лимфоузлы.

70. Удалить нижнюю долю и лимфоузлы.

71. Удалить нижнюю и среднюю доли и лимфоузлы.

72. Удалить легкое.

*При неосложненном послеоперационном течении что вы будете рекомендовать больному при выписке его из стационара (любое количество ответов)?*

73. Можно сразу приступить к работе.

74. Направить на ВТЭК для определения группы инвалидности.

75. Рекомендовать санаторное лечение.

76. » наблюдение онколога амбулаторно.

77. Направить на лучевую терапию.

78. » на химиотерапию.

## **ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ**

### **Тема: «Заболевания легких»**

1. Перкуторно и рентгенологически выявлено смещение тени средостения в здоровую сторону. **Какому синдрому это соответствует?**

а) гипоплазии легкого, б) ателектазу легкого, в) скоплению жидкости в плевральной полости, г) тотальному воспалению легкого, д) нарастающему пневмотораксу.

2. Перкуторно и рентгенологически выявлено смещение тени средостения в больную сторону. **Какому синдрому это соответствует?**

а) гипоплазии легкого, б) ателектазу легкого, в) скоплению жидкости в плевральной полости, г) нарастающему пневмотораксу. д) тотальному воспалению легкого

3. Какие методы исследования вы выберете для определения характера поражения долевого бронха?

а) рентгеноскопию многопроеекционную, б) спирометрию, в) бронхоскопию, г) томографию, д) бронхографию.

4. При наличии шаровидной тени, выявленной при рентгенографии легких -в зоне «В», с помощью какого метода можно наиболее точно **верифицировать диагноз?**

- а) использовать томографию, б) использовать бронхоскопию, в) использовать бронхографию, г) использовать трансторакальную пункционную биопсию,
- д) использовать ангиографию.

5. **Осложнением** острого абсцесса легкого является:

- а) легочное кровотечение. б) почечно-печеночная недостаточность. в) кахексия
- г) пиопневмоторакс. д) кардиомиопатия

6. **Чем предопределяется окончательный исход** лечения простой эмпиемы плевры **без бронхо-плеврального свища?**

- а) количеством гноя в эмпиематозном мешке, б) характером микрофлоры,
- в) характером изменения париетальной плевры, г) характером изменений висцеральной плевры, д) характером изменения костного каркаса грудной стенки.

7. Острый спонтанный **пневмоторакс опасен** для жизни больного в силу каких причин?

- а) подкожной эмфиземы, б) асфиксии, в) острого смещения органов средостения,
- г) развития пневмонии, д) развития плеврита.

8. **Первостепенное мероприятие при неуспехе консервативной терапии** спонтанного пневмоторакса:

- а) оксигенотерапия, б) пункция плевральной полости с аспирацией воздуха, в) торакотомия,
- г) торакопластика, д) дренирование плевральной полости.

9. У **летчика, много лет летавшего на больших высотах**, внезапно появились резкие боли в правой половине грудной клетки, резкая одышка. Больной бледен, цианоз губ. Пульс—120 уд/мин, АД—100/80 мм рт. ст. Слева дыхание везикулярное, перкуторный звук легочный. Справа дыхание ослабленное, перкуторный звук с коробочным оттенком. Ваш диагноз?

а) острая пневмония, б) спонтанный пневмоторакс, в) инфаркт миокарда, г) острый плеврит,

д) инфаркт легкого.

10. Для решения вопроса о возможности оперативного лечения у больного с диагнозом бронхоэктазов имеет ведущее значение: а) рентгенография легких в 2 проекциях, б) , в) бронхография, г) бронхоскопия, д) все названные методы.

11. Трехслойная мокрота, легкий цианоз губ, пальцы в виде барабанных палочек. характерны для: а) бронхиальный рак, б) бронхоэктатическая болезнь, в) туберкулезная пневмония, г) хронический бронхит, д) абсцесс легкого.

12. Для гангрены легкого характерно: 1) развитие заболевания при ареактивности организма, 2) отсутствие грануляционного вала на границе поражения, 3) распространенный некроз легочной ткани, 4) гнилостная инфекция, 5) выраженная интоксикация.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 5, б) 1, 3, 4, в) 2, 3, г) 3, 4, 5, д) все ответы правильные.

13. Клиника острого пиопневмоторакса характеризуется: 1) выраженным болевым синдромом с шокоподобными признаками, 2) отсутствием болевого синдрома, 3) одышкой в покое, 4) наличием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости, 5) отсутствием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости.

Какие признаки вы считаете правильными : а) 1, 2, 3; б) 1, 2, 5; в) 3; 5; г) 1, 3, 4; д) 3, 4.

14. У больного имеется большая воздушная киста легкого. Какие осложнения возможны при этом заболевании : 1) пиоторакс, 2) пневмоторакс, 3) экссудативный плеврит, 4) легочное кровотечение, 5) нагноение 'кисты.

Выберите оптимальную комбинацию: а) 1, 2; б) 2, 3, 4; в) 1, 3, 4; г) 2, 4, 5; д) 3, 5.

**ГОУ ВПО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА**

**Кафедра факультетской хирургии №2 лечебного факультета**

---

Составители: проф. Антропова Н.В., доц. Крылов А.Ю.

## **Грыжи живота**

---

Методическое пособие для студентов старших курсов, интернов, ординаторов и  
практикующих врачей

Под редакцией проф. А.М. Шулутко, проф. В.И. Семикова

**МОСКВА 2010**

---

Анатомо-физиологические сведения о грыжах, актуальность проблемы лечения грыж живота, распространенность заболевания. Наука герниология. Понятие о грыже. Составные элементы грыжи. Эвентрация и пролапс органов, сравнение с грыжей. Особенности осмотра пациентов с грыжами. Основная опасность грыж – ущемление. Организация диагностики и лечения грыж. Причины несвоевременного обращения пациентов к врачу. Этиологические факторы, патогенез грыж. Классификация грыж (грыжи наружные и внутренние, приобретенные и врожденные, вправимые и невправимые, скользящие, рецидивные, причины рецидивов).

Грыжа белой линии живота. Особенности клинического течения. Стадии грыжи. Предоперационное обследование (УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС). Принципы хирургического лечения.

Пупочная грыжа. Частота распространения. Особенности клинического течения. Предоперационное обследование. Принципы хирургического лечения (пластика по Мейо, Сапежко. Использование сетчатых протезов). Дифференциальный диагноз (липома, киста урахуса, метастаз рака в пупок).

Паховая грыжа (прямая и косая). Анатомическое строение пахового канала. Особенности диагностики. Принципы пластики пахового канала

(операция Бассини, Мак Вея, Шаулдайса). Использование сетчатых протезов, операция Лихтенштейна, лапароскопическая герниопластика.

Дифференциальный диагноз (бедренная грыжа, паховый лимфаденит, киста круглой связки матки, гидроцеле, варикозное расширение вен семенного канатика, туберкулезный натечник).

Бедренная грыжа. Анатомические предпосылки формирования бедренных грыж. Особенности диагностики. Принципы хирургического лечения (операции Бассини, Руджи-Парлавачио). Дифференциальный диагноз (паховые грыжи, паховый лимфаденит, варикозный узел, туберкулезный натечник).

Послеоперационные грыжи. Причины возникновения. Меры предупреждения послеоперационных грыж. Особенности предоперационной подготовки. Принципы хирургического лечения. Аллопластика. Операции без уменьшения объема брюшной полости.

---

Симультантные операции. Показания и противопоказания. Результаты операций.

Тромбоопасность пациентов с грыжами брюшной стенки. Степень риска тромбоопасности. Профилактика неспецифическая и специфическая. Важность коррекции сопутствующих заболеваний перед операцией.

Ущемление грыжи. Механизм ущемления (эластическоекаловое). Виды ущемления (пристеночное, ретроградное, ложное). Диагностика ущемления. Принципы ведения больных. Особенности хирургического лечения ущемленных грыж. Результаты оперативного лечения ущемленных грыж (летальность, осложнения, рецидивы).

**Цель изучения темы:**

овладение навыками клинического обследования и формирование умения постановки диагноза грыжи живота, в том числе ущемленной грыжи, в типичном течении с обоснованием лечения, проведения дифференциального диагноза, мер профилактики, а также, оказание экстренной врачебной помощи.

**Студент должен знать:**

- 
1. определение термина грыжа живота
  2. классификацию грыж
  3. методику обследования больного
  4. типичные проявления болезни
  5. правила формулирования диагноза
  6. принцип выбора методов лечения
  7. принцип выбора методов профилактики, осложнений и рецидивов заболевания
  8. Принципы проведения дифференциального диагноза

**Студенту необходимо уметь:**

1. Собрать анамнез заболевания – длительность, эпизоды ущемления, перенесенные операции, осложнения, сопутствующие заболевания, физические нагрузки, факторы повышенного внутрибрюшного давления, причины отказа пациента от оперативного лечения)
2. Провести осмотр пациента стоя, лежа, с физической нагрузкой, натуживанием. Пальпация, перкуссия грыжевого выпячивания, определение размеров грыжевых ворот, вправимость грыжи, симптом кашлевого толчка.
3. Интерпретация данных ультразвукового, рентгенологического исследования содержимого грыжевого выпячивания.
4. Выяснить наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на исход оперативного лечения (сердечно-сосудистые заболевания, патология легочной системы, сахарный диабет, аденома предстательной железы, онкологические заболевания и другие)
5. Выполнить ректальное исследование у мужчин для обследования предстательной железы.
6. Составить предоперационный план обследования
7. Грамотно интерпретировать клиническую симптоматику и данные инструментальных и лабораторных исследований.
8. Аргументировано провести дифференциальный диагноз на основании анамнеза, жалоб, осмотра больного и данных обследования.
9. Сформулировать и обосновать окончательный клинический диагноз
10. Избрать тактику и методы лечения грыж живота.

## УЧЕНИЕ О ГРЫЖАХ

ГРЫЖА- одно из наиболее часто встречающихся заболеваний. Грыжами страдают до 7% населения России. Современное учение о грыжах / герниология/- это наука, опирающаяся на достижения медицины сегодняшнего дня, основанная на огромном опыте русской хирургической школы и зарубежных хирургов. Результаты хирургического лечения грыж живота оставляют желать лучшего. В среднем у каждого десятого оперированного по поводу грыж живота отмечен рецидив заболевания. Грыжа прежде всего опасна возникновением ущемления. Число больных с ущемленными грыжами не уменьшается, каждое третье грыжесечение проводится по экстренным показаниям. При этом летальность ущемленных грыж остается на высоких цифрах/ 8-10%/ .Грыжами страдают люди трудоспособного возраста и это определяет социальную значимость проблемы.

Общеизвестна истина, что грыжа лечится только хирургическим путем. Тем не менее, проходят многие годы , пока больной не будет оперирован. Длительное грыженосительство и огромное число ущемленных грыж свидетельствует о недостатке медицинских знаний у населения, несвоевременной госпитализацией больных из поликлиник. Результаты лечения грыж живота улучшаются только при современной плановой операции, выполненной грамотным хирургом, с учетом особенностей пациента.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

В передней брюшной стенке различают поверхностный, средний и глубокий слои.

К поверхностному слою относится кожа, подкожная клетчатка, и поверхностная фасция. Средний слой представлен мышцами: прямыми, косыми и поперечными. Глубокий слой состоит из поперечной фасции, предбрюшинного жира и брюшины.

Кожа передней брюшной стенки тонкая, эластичная, подвижная, легко берется рукой в складку. Подкожная жировая клетчатка выражена различно. Поверхностная фасция имеет в этой области два листка: поверхностный и глубокий. Поверхностный листок фасции живота переходит на бедро, глубокий прикрепляется к паховой связке.

Мышечный слой брюшной стенки состоит из прямых, косых и поперечных мышц. Кпереди от прямой мышцы живота располагается пирамидальная мышца / в 15%-20% случаев отсутствует /, волокна которой начинаются от передней поверхности верхней ветви лонной кости, на протяжении от лонного бугорка до лонного сочленения и сходятся у белой линии.

Наружная косая мышца начинается от наружной поверхности восьми нижних ребер и направляется вниз и вперед к наружному краю прямой мышцы не доходя до нее 1.5-2см. Широкий апоневроз наружной косой мышцы ложится на переднюю поверхность прямой мышцы и принимает участие в создании передней стенки ее влагалища, срастается с апоневрозом противоположной стороны, образуя белую линию. Внизу апоневроз прикрепляется между передне-верхней остью подвздошной кости и лонным бугорком и подворачивается внутрь, формируя пупартову /паховую/ связку.

Внутренняя косая мышца живота расположена под наружной косой мышцей. Она начинается от поверхностного листка поясничной фасции, гребня подвздошной кости и наружных двух третей пупартовой связки.

Поперечная мышца живота, по мнению Мак Вей, отходит от fascia iliopsoas, а не от пупартовой связки. Волокна этой мышцы прикрепляются к Куперовой связке / утолщенной надкостнице лонной кости/. Медиально в паховой области все апоневротические слои мышц живота проходят кпереди от прямой мышцы для формирования переднего листка влагалища прямой мышцы. Место перехода мышцы в передний апоневроз называется Спигелиевой / полулунной / линией. Это слабое место передней брюшной стенки, поэтому в этой зоне возможно образование спигелиевых грыж. Состоятельность поперечной мышцы предохраняет от появления грыжи. Мак Вей подчеркивал важность поперечной мышцы в создании брюшного пресса. Соединенное сухожилие это сращение нижних волокон апоневроза внутренней косой мышцы с аналогичными волокнами апоневроза поперечной мышцы в области прикрепления их к лобковому бугру верхней ветви лобковой кости.

Часто хирурги не дифференцируют указанную связку, во время пластики пахового канала прокалывают ее иглой не замечая этого. Межямковая связка / Гессельбаха / представляет собой утолщение поперечной фасции в медиальной

части внутреннего пахового кольца. Она проходит тонким слоем перед нижними эпигастральными сосудами. В прямом смысле слова это не связка, а как бы латеральное продолжение связки Генле. Таким образом, «соединенное сухожилие»- это область, содержащая связку Генле, апоневроз поперечной мышцы, нижние медиальные волокна внутренней косой мышцы, ножку наружного пахового кольца, который идет медиально, кверху и кпереди белой линии и латерального края влагалища прямой мышцы живота.

Прямая мышца живота -парная и заключена в плотные фасциальные футляры, сформированные двухпластинчатым апоневрозом трех слоев мышц, который расщепляется и покрывает мышцы спереди и сзади. В нижней четверти брюшной стенки апоневрозы проходят спереди от прямой мышцы, которая соединена по задней поверхности с поперечной фасцией. Полуциркулярная линия /Дугласа/ является пограничной. Она определяет нижний уровень, где влагалище прямой мышцы не имеет задней стенки. Между прямой мышцей живота и обеими стенками / передняя и задняя/ проходит две щели: передняя и задняя. Передняя щель разделена на отдельные сегменты сухожильными перемычками, сзади имеется лишь рыхлая клетчатка, что имеет практическое значение для распространения инфекции, гематом позади прямой мышцы. По задней поверхности мышцы проходят навстречу друг другу верхние и нижние эпигастральные сосуды.

Белая линия живота представляет собой место пересечения апоневрозов влагалища прямой мышцы живота. Посередине белой линии расположено пупочное кольцо- место выхода одноименных грыж.

Поперечная фасция, по современным анатомическим воззрениям, является цельным листком соединительной ткани, которая тянется вдоль внутренней поверхности мышц брюшной стенки и отделяется слоем жира от брюшины. Ее плотность переменна. Она прочна и неподатлива кпереди у подвздошной кости и слаба и тонка кпереди от лобка. По мере приближения к паховой связке параллельно ее глубокой части поперечная становится толще и плотнее, образуя утолщение до 1см, которое Н.И.Кукуджанов назвал связкой или подвздошно-лонным тяжем / *tractus iliopubicus* /.

Задняя поверхность брюшной стенки над пупартовой связкой разделена на три ямки, расположенные по обе стороны средней линии. Ямки разделены облитерированным эмбриональным мочевым протоком / урахусом/ , простирающимся от дна мочевого пузыря до пупка. Складка брюшины над урахусом носит название срединной пупочной связки. Латерально ямки разделены средними пупочными складками брюшины, под которыми находятся облитерированные пупочные артерии, и латеральными пупочными складками брюшины с проходящими в них нижними эпигастральными сосудами. Различают латеральные ямки – латеральнее нижних эпигастральных сосудов, медиальные ямки – между нижними эпигастральными артериями и медиальными пупочными складками\ связками\, надпузырные ямки - между медиальными и срединной пупочной связками. Латеральные ямки – место выхода косых паховых грыж, медиальные ямки – прямых грыж. После препаровки брюшины в области латеральной ямки находится глубокое\внутреннее\ паховое отверстие, через которое проходит в паховый канал семявыносящий проток или круглая связка матки.

Кровоснабжение кожи и подкожной клетчатки передней брюшной стенки осуществляется ветвями : верхней надчревной артерии\ из внутренней грудной артерии\ и конечными ветвями У11-Х11 пар межреберных артерий. В нижних отделах кожа и подкожная клетчатка переднебоковой стенки живота снабжаются кровью от ветвей бедренной артерии: а. Circumflexa ilium superficialis, а. epugastrica superficialis, а.pudenda externa. Мышцы и более глубокие слои передней брюшной стенки кровоснабжаются от а.epugastrica inferior, а.circumflexa ileum profunda. Обе артерии начинаются от наружной подвздошной артерии. Нижняя надчревная артерия проходит по задней поверхности прямой мышцы, глубокая, окружающая подвздошную кость-кровооснабжает мышцы боковой стенки живота.

Иннервация верхних отделов передней брюшной стенки от мечевидного отростка до дугообразной линии осуществляются VII-XII межреберными нервами. Средняя часть брюшной стенки между пупком и лоном иннервируется подвздошно-подчревной нервом, нижняя подвздошно-паховым нервом. Оба нерва берут начало из поясничного сплетения. Ветви n.ileohypogastricus проникают в наружную косую мышцу по передней подмышечной линии и делятся на передние

и задние ветви, иннервирующие кожу передних отделов живота. Волокна n.ileoinguinalis проходят через влагалище прямой мышцы и иннервируют кожу передней части брюшной стенки. Между сегментарными нервами, идущими к прямой мышце мало коммуникаций. В связи с этим пересечение нерва приводит к параличу прямой мышцы и ослаблению брюшной стенки.

Передняя брюшная стенка создает функцию брюшного пресса. Косые и прямые мышцы живота сокращаясь, растягивают белую линию. Прямая и пирамидальная мышцы противодействуют этому растяжению, формируя продольнодействующие силы и укрепляют брюшную стенку, в частности белую линию. Наиболее растягивающее действие белая линия испытывает на участке своих нижних двух третей.

Задняя стенка живота может быть местом выхода грыж и, в связи с этим, должна быть анатомически изучена. Она имеет четырехугольную форму. Сверху ограничена 12- ребром, снизу- вертикальной линией. Задняя стенка представлена мощными мышцами: широкая мышца спины, наружная и внутренняя косые мышцы живота, квадратная поясничная мышца. В наружном отделе задней стенки имеется два «слабых» места, через которые могут выходить поясничные грыжи: треугольник Пти и промежуток Грюнфельда-Лесгафта. Треугольник Пти ограничен снизу подвздошным гребнем, снаружи- задним краем наружной косой мышцы, изнутри- передним краем широкой мышцы спины. Дном треугольника являются внутренняя косая и поперечная мышцы. Через это отверстие проходят поясничные сосуды и нервы. Границы промежутка Грюнфельда-Лесгафта следующие: снаружи и сверху- XII ребро, сверху нижний край задней нижней зубчатой мышцы, медиально- прямая мышца спины, с нижнелатеральной стороны- внутренняя косая мышца.

Грыжа- заболевание, при котором через искусственные или естественные отверстия брюшной стенки, тазового дна или диафрагмы происходит выпячивание внутренних органов вместе с пристеночной брюшиной при целостности кожных покровов. Термин *hernia* этиологически происходит от греческого *hernos* что означает «ветка», «отросток» . Встречающийся в обиходе термин «кила» исходит от греческого «кыело» /ветка/. Общепринятое в русском языке слово «грыжа», производное понятие «грызет», что указывает на проявление этой болезни. К одной

из первых отечественных монографий следует отнести труд ординарного профессора Медико-хирургической академии П. Заболоцкого « описание грыж», изданной в Санкт-Петербурге в 1885 году. Ему принадлежат следующие слова: «... Хирургу необходимы самые подробные анатомо-патологические сведения, как для диагностики грыж, так и для успешного производства операций. Грыжи принадлежат к разряду тех болезней, где пособие часто следует делать безотлагательно, ибо два или три часа просроченного времени могут иногда погубить больного». Нельзя обойти вниманием роль отечественных хирургов, перу которых принадлежат фундаментальные руководства: « Учение о грыжах» А.П.Крымова, «Паховые грыжи» Н.Н.Кукуджанова, «Оперативное лечение паховых грыж» И.Л.Иоффе. К объемным руководствам последнего времени следует отнести труд Nihus Z M, Condon PE «Hernia» \1978\

Причиной возникновения грыж является дефект в стенке полости врожденного или приобретенного характера. Условно различают грыжи от усилия и грыж от слабости тканей, чаще оба механизма сочетаются. В первом варианте обнаруживается нарушение целостности стенки, а во втором – слабые участки стенки. К слабым местам или «грыжевым точкам» \П.Н.Напалков\ брюшной стенки относятся следующие: зона пахового канала, зона овальной ямки на бедре, надпупочный отдел апоневроза белой линии живота, зона Спигелевой линии, зона треугольника Пти, зона четырехугольника Грюнфельд-Лесгафта, зона запирающего отверстия, зона седалищного отверстия.

Составными элементами истинной грыжи являются: грыжевые ворота, то есть «слабые места», грыжевой мешок /врожденный или приобретенный /- выпячивание пристеночной брюшины, проникающей в грыжевые ворота. Грыжевой мешок имеет устье /место соединения с полостью/, шейку, тело и дно. Отсутствие грыжевого мешка наблюдается при эмбриональных грыжах, где его заменяет так называемая примитивная оболочка и амнион. Содержимым грыжевого мешка практически могут быть почти все органы брюшной полости, но наиболее часто- петли тонкой или ободочной кишки.

От грыжи следует отличать эвентрацию- остро развивающийся дефект в брюшной стенке, но нет грыжевого мешка, это отличает ее от грыжи.

С грыжей также сходно понятие проляпс. Проляпс- это выпадение органов через естественные отверстия брюшной полости. Например, выпадение прямой кишки через анальное отверстие, матки- через влагалище.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ ГРЫЖ**

### **I наружные грыжи: грыжи белой линии живота**

Пупочные

Паховые /косые и прямые/

Бедренные

Спигелиевой линии

Поясничные

Седалищные

Запирательного отверстия

### **II внутренние грыжи: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы**

Диафрагмальные

Карманов брюшины

Связки Трейца

Винслова отверстия

Костно-стернальные /Ларрея, Морганьи/

Пояснично-реберные /Богдалека/

### **III. по этиологии грыжи бывают: врожденные**

Приобретенные

### **VI. по клиническим признакам грыжи различают:**

Холодные

Ущемленные

Невправимые

Скользящие

Рецидивные

Невправимость грыжи зависит от наличия спаечного процесса между содержимым грыжевого мешка и стенками мешка, то есть париетальной брюшиной. Невправимыми грыжами часто бывают послеоперационные грыжи, пупочные, паховые. Возникновение спаечного процесса способствует постоянная

травматизация истонченной в области грыжи передней брюшной стенки и, как результат асептического воспаления, формирование плотного спаяния со стенкой грыжи. Таким образом, ношение тугих бандажей, корсетов, особенно с плотными иелотами для сдавления грыжи, приносят скорее вред и не могут быть одним из методов лечения подобного заболевания. Невправимая грыжа отличается более выраженным болевым синдромом и может быть похожа на ущемленную грыжу. В этих случаях целесообразнее больного оперировать по срочным показаниям. В связи понятны меры профилактики неврправимых грыж- своевременная плановая операция.

Скользющие грыжи- это грыжи, у которых одна из стенок грыжевого мешка представлена органом, соскользнувшим из брюшной полости. Характерно, что эти органы покрыты брюшиной не со всех сторон /мезоперитониально/. К таким органам относится слепая кишка, восходящая ободочная кишка, мочевой пузырь и другие. Хотя скользющие грыжи занимают небольшое место среди других грыж, они трудны для распознавания, а во время операции могут наступить опасные осложнения. При наличии нехарактерных для грыж жалоб /учащенное, болезненное мочеиспускание, урчание кишечника, сильные боли в животе/ необходимо провести дополнительные исследования /цистография, ирригоскопия и др/.

### **УЩЕМЛЕННЫЕ ГРЫЖИ**

Ущемленные грыжи- наиболее опасное осложнение, которое может иметь, которое может иметь летальный исход. Летальность в настоящее время достигает 12%, у пожилых больных- до 20%. Количество больных с ущемленными грыжами не имеет тенденцию к снижению. Результаты лечения больных с ущемленными грыжами во много раз хуже, чем при плановых грыжесечениях. Это связано с тяжелым состоянием больных, невозможностью проведения адекватной предоперационной подготовки из-за срочности операции, большим объемом оперативного вмешательства /резекция сальника, кишки, санация брюшной полости, декомпрессия кишечника /, использование более простых методов пластики но менее надежных, В некоторых случаях при ущемленных грыжах не производят пластику дефекта брюшной стенки. Число послеоперационных

осложнений при осложненных грыжах намного превышает таковые при плановых грыжесечениях.

По этиологии различают два вида ущемления: 1. Эластическое. 2. Каловое. Эластическое ущемление возникает при резком повышении внутрибрюшного давления / кашель, поднятие тяжести, дефекация, роды/. При этом ткани в области грыжевых ворот растягиваются и в грыжевой объем входит больший объем содержимого, чем обычно. Затем ткани ущемляются и происходит сдавление попавших в грыжевой мешок органов. Каловое ущемление возникает в результате постепенного переполнения содержимым петель кишечника, располагающихся в грыжевом мешке. Патогенетически картину ущемленной грыжи можно сравнить с кишечной непроходимостью.

**Клиника ущемленной грыжи:** боли в области грыжевого выпячивания, внезапная невправимость грыжи, рефлекторная рвота. При осмотре: грыжевое выпячивание резко болезненно, плотное, не вправляется в брюшную полость, кашлевой толчок не проводится. При запущенных формах /свыше 24ч./ имеются симптомы кишечной непроходимости: вздутие живота неукротимая рвота, признаки гиповолемии, рентгенологически выявляются уровни жидкости в петлях кишечника.

В клинической практике встречаются различные виды ущемленных грыж, которые распознаются с трудностями. К ним следует отнести пристеночное ущемление / ущемление Рихтера./, когда ущемляется противобрыжечный край кишки, при этом клинические проявления не выражены. Кроме этого, может произойти ретроградное ущемление, при котором в грыжевом мешке обнаруживают две неизменные петли кишки, а некротизированная петля, соединяющая их, находится в брюшной полости. Иногда может иметь место ложное ущемление /ущемление Брока/ при попадании воспалительного экссудата из брюшной полости /перитонит/. При этом грыжевой мешок воспаляется, становится болезненным, плотным, невправимым и может симулировать клинику ущемления. В этой ситуации важно не концентрировать внимание только на грыже, не игнорировать данные анамнеза, жалобы, проводить тщательный осмотр живота, не пропустить заболевание, требующее экстренной лапаротомии. Редкий вид ущемления представляет собой грыжа Литтре- ущемление дивертикула

Меккеля, которое составляет не более 0.5% от общего количества ущемленных грыж, распознается во время операции. При многодневном ущемлении наблюдается некроз ущемленного органа, воспаление, нагноение тканей грыжевого мешка и окружающей клетчатки. Прогноз неблагоприятный. Тактика оперативного лечения отличается от стандартных случаев ущемления. Наибольший процент рецидивных грыж наблюдается при флегмоне грыжевого мешка.

Схематично тактику лечения больных с ущемленными грыжами можно сформулировать следующим образом:

1. срочная госпитализация в хирургический стационар.
2. Не вводить анальгетики, наркотики, спазмолитики.
3. Не делать очистительные клизмы.
4. Не пытаться насильственно вправить грыжу.
5. При самопроизвольном вправлении грыжи- обязательная госпитализация больного для наблюдения, операции в плановом порядке.
6. При точной постановке диагноза ущемления грыжи- экстренная операция.

Рецидивные грыжи- это грыжи, которые появились в области ранее производимого грыжесечения. По данным литературы, рецидив встречаются в 10%-15%. Сроки возникновения различны, чаще всего первые два года. Ни одна из областей хирургии не может «похвастаться» таким огромным арсеналом способов лечения различных грыж, их количество в настоящее время перевалило за 400. Следовательно, поиски совершенных методов лечения продолжаются. Основными причинами рецидивов грыж можно назвать: 1. Нагноение раны /также гематомы раны, свищи брюшной стенки / 2. Неправильный выбор способа пластики / без учета индивидуальных особенностей пациента / 3. Дефекты техники исполнения операции. 4. Ожирение пациента. 5. Ранние физические нагрузки после операции. 6. Действие факторов, увеличивающих внутрибрюшное давление / кашель, запоры, затрудненное мочеиспускание, асцит, рвота /.

## *Особенности клинического обследования*

### *больного с грыжей живота*

Любое клиническое обследование начинается со сбора жалоб больного. Однако, пациенты с грыжами никаких жалоб могут не предъявлять. Это не освобождает врача от обязанности осмотра слабых мест брюшной стенки. Большинство пациентов знает о наличии у него грыжи. Грыженосители жалуются на умеренные боли в области грыжевого выпячивания, особенно после физической нагрузки. При выяснении анамнеза заболевания следует уточнить время возникновения грыжи и ход течения заболевания: тенденция к увеличению размеров грыжи, случаи ущемления. При наличии ранее выполненной операции грыжесечения следует указать дату операции, осложнения, сроки появления рецидива. Выяснение сопутствующих заболеваний, их лечение крайне важно для благополучного исхода операции. Например, некоррегированная артериальная гипертензия может привести к излишней кровоточивости во время и после операции, появлению гематомы, нагноению раны и, в конечном итоге, рецидиву грыжи. Осмотр больного с грыжей живота производится по классической схеме обследования основных органов и систем. Наиболее важный раздел – живот, который подвергается осмотру и пальпации по правилам пропедевтики живота сверху от подреберий, снизу до верхних третей бедер, с акцентом на места выхода грыж. Осматривать больного с грыжей живота следует как в вертикальном положении, так и в горизонтальном. При этом описывают локализацию грыжи (одна из третей белой линии живота, пупочная, околопупочная область, паховая область и т.д.), форму (округлая, продолговатая, неправильная), размеры грыжевого выпячивания в сантиметрах. Для холодной грыжи характерно исчезновение грыжевого выпячивания в положении лежа. Для грыжи характерно увеличение ее при кашле, натуживании. При осмотре кожи, покрывающей грыжевое выпячивание, можно обнаружить мацерацию, дерматит, свищи. При пальпации грыжи врач определяет болезненность, консистенцию, вправимость грыжи, размеры грыжевых ворот, проводит симптом кашлевого толчка (при кашле больного исследующий ощущает толчок на пальцах, прижатых к грыжевому выпячиванию). Перкуссия дает возможность уточнить характер содержимого грыжи: при

тимпаните- кишечник, притуплении- сальник. Детали осмотра каждой грыжи будут представлены ниже.

Поставив диагноз грыжи живота требуется решить следующие вопросы:

1. можно ли оперировать больного без медикаментозной подготовки
2. в чем будет состоять предоперационная подготовка
3. определить вид обезболивания
4. наметить способ пластики брюшной стенки.

Обезболивание чаще всего проводится в виде местной анестезии инфильтрационным способом по А.В.Вишневскому, так как позволяет надежно обезболить зону операции, а также препарировать ткани. При грыжах больших размеров, рецидивных грыжах, чрезмерном ожирении выполняют общее обезболивание, либо перидуральную анестезию.

*Общие принципы хирургического  
лечения больных с грыжами живота.*

1. Знание анатомии передней брюшной стенки.
2. Выбор способа пластики с учетом особенностей пациента (рецидивная грыжа, пожилой возраст, слабые ткани, ожирение и другие)
3. Ход операции грыжесечения с пластикой брюшной стенки:
  - а. рассечение тканей в области грыжевого выпячивания
  - б. обнаружение грыжевого мешка, выделение его из окружающих тканей, вскрытие мешка, осмотр органов в мешке, вправлению их в брюшную полость, перевязка мешка в области шейки
  - в. пластика брюшной стенки различными способами: фасциально-апоневротический, мышечно-апоневротический, с дополнительными пластическими материалами (аутодерма, твердая мозговая оболочка, синтетические пртезы ит.д.).
  - г. важное условие во время пластики- наложение швов без натяжения.
  - е. использование влажного шовного нерассасывающегося материала.

## ДИГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ

Диагностика ущемленных грыж живота основывается на данных клинического осмотра и жалобах больного. Последнее может не соответствовать правильному диагнозу, так как о существовании у себя грыжи пациент может не знать. Некоторые грыжи, например бедренные, манифестируют только при ущемлении. В связи с этим при жалобах на боли в нижних отделах живота, следует внимательно смотреть паховую и бедренную области. При чрезмерном ожирении пациента обнаружение ущемленной грыжи в этих областях может быть затруднительным. У больных с длительным сроком ущемления жалобы соответствуют клинике острой кишечной непроходимости (рвота, вздутие живота, схваткообразные боли, слабость). В связи с этим в хирургии существует незыблемое правило- при вздутии живота обязательно осматривать места выхода грыж на животе.

При установлении диагноза ущемленной грыжи больного следует экстренно оперировать. Основные этапы хирургического вмешательства при ущемленных грыжах:

- 1.разрез кожи над грыжевым выпячиванием.
- 2.Вскрытие грыжевого мешка в области дна, осмотр ущемленного органа, фиксация его рукой в ране.
- 3.Рассечение ущемленного кольца. Эта манипуляция выполняется только при фиксации ущемленного органа, иначе последний может соскользнуть в брюшную полость и его осмотр будет затруднен или невозможен.
- 4.Производится оценка жизнеспособности ущемленного органа ( чаще всего петли тонкой кишки) : если багрового цвета кишка после рассечения ущемленного кольца стала розовой, имеется отчетливая пульсация брыжеечных сосудов, появилась перистальтика- кишка может быть признана жизнеспособной. Ущемленная кишка подвергается резекции, если цвет ее не изменился, сероза тусклая, нет пульсации сосудов брыжейки. Резекция проводится отступя от зоны некроза в проксимальном направлении 30-40см., в дистальном 15-20см., с анастомозом конец в конец.

5. В некоторых случаях выполняется лапаротомия для того, чтобы адекватно резецировать кишечник. Чаще всего это случается при запущенных случаях острой кишечной непроходимости, перитонита, а также флегмоне грыжевого мешка.

6. При флегмоне грыжевого мешка общепринята следующая тактика: сначала производится лапаротомия, резекция некротизированного участка кишечника, наложение межкишечного анастомоза, ушивание лапаротомной раны. Затем - разрез над ущемленной грыжей и удаление единым блоком некротизированной петли и грыжевого мешка. Пластика не производится, рана не ушивается в связи с гнойным процессом.

7. При ущемленных грыжах производят по возможности те же виды пластики, что и при плановых операциях. Однако следует учитывать состояние больного, длительность операции. Сложные виды пластики при тяжелом состоянии больного и травматичной, длительной операции не выполняют, так как первостепенной задачей является спасение жизни больного - ликвидация ущемления.

Учитывая что больные с ущемленными грыжами попадают в стационар в тяжелом состоянии, длительным сроком заболевания, во время операции производится резекция кишки, в послеоперационном периоде отмечаются серьезные осложнения, вплоть до летальных исходов, в поздние сроки - раневые осложнения и рецидив грыжи. Это обстоятельство вновь указывает на необходимость и целесообразность плановой операции по поводу грыжи живота.

## **ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА**

Белая линия живота расположена между мечевидным отростком и лонным сочленением. Она представляет собой место пересечения апоневрозов влагалища прямой мышцы живота. В большинстве случаев имеет место тройное перекрещивание апоневротических волокон и риск образования грыж в этой области минимален. Приблизительно у 30% наблюдается однократное перекрещивание переднего и заднего листков апоневроза и возможности появления грыжи в этом случае реальны. Ширина белой линии не одинакова. В эпигастрии

она имеет ширину 5-8мм, на середине между пупком и мечевидным отростком 15-18мм, у пупка 24-30мм, ниже пупка белая линия сужается до 2-3мм, а над симфизом с трудом определяется. Белая линия имеет щелевидные промежутки, через которые проходят сосуды, нервы и предбрюшинный жир.

Грыжи формируются, как правило, на участке белой линии между мечевидным отростком и пупком. По локализации различают грыжи надчревные (эпигастральные), околопупочные (параумбликальные) и подчревные. У мужчин чаще встречаются эпигастральные грыжи, у женщин параумбликальные грыжи. По сравнению с грыжами другой локализации грыжи белой линии живота наблюдаются реже и составляют 3% от всех наружных грыж. Мужчины лидируют по частоте имеющих грыж белой линии живота. Первопричиной этой патологии является растяжение белой линии, образование ромбовидных щелей между волокнами апоневроза, пролабирование предбрюшинного жира через щели ( предбрюшинная липома. Последняя может давать болевой синдром без характерного для грыжи выпячивания в этой зоне. Предбрюшинная клетчатка-предстадия грыжи. Постепенно вместе с жиром в отверстие выходит брюшина, затем органы (чаще всего большой сальник ). Грыжевые ворота, то есть дефекты в апоневрозе, как правило, не бывает большим (1-2см в диаметре). При наличие широких грыжевых ворот возможно нахождение в грыже петель тонкой кишки, участка ободочной кишки, желудка.

### **Клиническое течение.**

Диагностика грыжи белой линии живота не представляет трудностей. Однако, в связи с выраженным ожирением пациента, что часто сопутствует данной патологии, грыжевое выпячивание пальпаторно определяется нечетко. Грыжи белой линии живота имеют свои особенности: не достигают больших размеров, отличаются выраженным болевым синдромом, обусловленным ущемлением нервов в дефектах апоневроза часто ущемляются, в грыжевом мешке часто обнаруживают прядь большого сальника. В связи с выраженным болевым синдромом больным необходимо проводить клиническое обследование органов верхнего этажа брюшной полости для исключения другой причины болей (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, рак желудка,

желчекаменная болезнь, хронический и острый панкреатит и другие заболевания). В обязательном порядке больному делают ультразвуковое исследование органов брюшной полости и эзофагогастродуоденоскопию. Дифференциальный диагноз белой линии живота следует проводить с новообразованиями брюшной стенки: липомой, фибромой, фибролипомой, нейрофибромой. Опухоль брюшной стенки отличается отсутствием вправления в брюшную стенку, неизменностью размеров в различных положениях (стоя и лежа), свободным смещением вместе с подкожной клетчаткой. Кроме того, симулировать грыжи белой линии живота могут множественные образования при системных заболеваниях (липоматоз, нейрофиброматоз), а также злокачественные опухоли метастатического происхождения.

### **Оперативное лечение**

Оперативное лечение грыж белой линии живота сводится к грыжесечению, вскрытию грыжевого мешка, вправлению грыжевого мешка, перевязке грыжевого мешка, либо его отсечению. Дефект брюшной стенки закрывается с помощью дубликатуры апоневроза в поперчном направлении (пластика по Мейо), либо в вертикальном – пластика по Сапежко с использованием П-образных швов. Пластика по Мейо представляется многим хирургам более надежной, так как при этом швы испытывают меньшую нагрузку при сокращении косых мышц живота, нежели вертикальные швы.

### **Ущемленные грыжи белой линии живота**

Ущемление происходит в 30% среди больных, имеющих грыжу данной локализации. По сравнению с ущемленными грыжами различного расположения, ущемленная грыжа белой линии живота встречается в 4-5%. Ущемление носит эластический характер. Чаще в грыжевом мешке ущемляется прядь большого сальника, но при больших дефектах в апоневрозе в грыжевом мешке возможно ущемление любого органа брюшной полости. При небольших дефектах в апоневрозе, выполняют вышеуказанные способы пластики, предварительно вскрыв грыжевой мешок и убедившись в жизнеспособности ущемленного органа. При некрозе пряди сальника производят его резекцию. При ущемлении грыжи больших

размеров и необходимости реакции ущемленного органа, вопрос о пластике не удается решить положительно. Адекватную пластику больших дефектов белой линии живота возможно выполнить с применением дополнительных пластических материалов.

### **Пупочные грыжи**

Пупочные грыжи представляют собой выпячивания, которые выходят через пупочное кольцо, располагающиеся по середине белой линии. Эта область не защищена плотными апоневротическими, мышечными преградами и состоит из кожи, соединительной ткани, пупочной фасции и брюшины и является одним из слабых мест брюшной стенки. Сверху к пупочному кольцу подходит пупочная вена, снизу- две пупочные артерии и мочевой проток. В норме у взрослых пупочное кольцо зарастает полностью. Пупочные грыжи встречаются в 9% случаев всех грыж живота. Женщины страдают этим заболеванием в 2 раза чаще мужчин. Возникновение пупочных грыж способствуют ожирение, частые роды.

### **Диагностика и клиническое течение**

Распознавание пупочных грыж не вызывает трудностей. Выпячивание в области пупка, появляющееся в вертикальном положении и исчезающее лежа, редко бывает не чем иным, как пупочная грыжа. Характерно, что пупочные грыжи дают выраженный болевой синдром, что предопределяет обследование органов верхнего этажа брюшной полости (эзофагогастродуоденоскопия, УЗИ). К особенностям клинического течения пупочных грыж следует отнести: 1. Частые ущемления.

2. нередко бывают невправимые.3. могут достигать гигантских размеров.

4.Отличаются многокамерностью грыжевого мешка.

5.Характерно несоответствие размеров грыжевых ворот и мешка- узкие ворота и большой грыжевой мешок.

6.Сочетается с ожирением, отвислым животом.

Дифференциальный диагноз пупочной грыжи проводится со следующими заболеваниями: 1. Липома брюшной стенки отличается дольчатым строением, не

меняющейся конфигурацией и размерами в различных положениях тела, требует плановой операции.

2. киста урахуса. Урахус- незарощенный мочевой проток, в котором возникает расширение (киста), открывающаяся в область пупка, дистальный конец протока может быть облитерирован, либо сообщаться с полостью пузыря. В последнем случае в пупок выделяется моча, при нагноении кисты- гнойное отделяемое. Киста урахуса не изменяет формы и размеры при перемене положения, в отличие от неущемленной грыжи, безболезненная. От ущемленной пупочной грыжи кисту урахуса следует отличать по данным анамнеза. Уточнению диагноза помогает поиск свищевого отверстия с гнойным отделяемым или запахом мочи, результаты фистулографии. Лечение кисты урахуса оперативное. 3. Метастаз рака (чаще желудка) в пупок. В области пупка определяется плотное, безболезненное, бугристое образование, не исчезающее в горизонтальном положении. Диагностика становится ясной при четком сборе анамнеза., жалоб, данных осмотра, характерных для онкологических больных. Данные гастроскопии подтверждают рак желудка. 4. Омфалит- воспаление в области пупка ( гиперемия кожи, зуд, гнойное отделяемое). При этом грыжевое выпячивание отсутствует. Лечение консервативное.

### **Принципы оперативного лечения пупочных грыж**

Производится разрез кожи и подкожной клетчатки, окаймляющей пупок сверху и снизу ( последнее при оставлении пупка). Освобождают грыжевой мешок от подкожного жира, выделяют грыжевые ворота (пупочное кольцо) вскрывают грыжевой мешок, осматривают содержимое и вправляют его в брюшную полость. Мешок перевязывают у шейки, либо отсекают на уровне грыжевых ворот. Далее производят пластику брюшной стенки с помощью дубликатуры апоневроза либо в поперечном направлении (пластика по Мейо), либо в вертикальном ( пластика по Сапежко) по аналогии с пластикой при грыжах белой линии живота. При гигантских пупочных грыжах производят закрытие дефекта в брюшной стенке с помощью синтетического протеза.

### **Ущемленные пупочные грыжи**

Ущемленные пупочные грыжи встречаются в 15-30% всех ущемленных грыж живота. Особенности данной патологии являются нижеперечисленные: 1. В связи с наличием множества камер грыжевого мешка ущемление может произойти в одной из камер, что делает затруднительной диагностику ущемления. 2. при невосприимчивой грыже и болевом синдроме вопрос решается в пользу срочной операции. 3. Чаще в грыжевом мешке ущемляется большой сальник, подлежащий удалению. 4. Нередки случаи развития флегмоны грыжевого мешка. 5. Рассечение кольца возможно во всех направлениях в зависимости от предполагаемой пластики. 6. Способ пластики при ущемленных грыжах не отличается от таковой при плановых грыжесечениях.

### **Особенности пупочных грыж у детей**

Пупочная грыжа чаще всего встречается у девочек. До трех лет детей не оперируют, кроме случаев ущемления, наблюдают, так как пупочное кольцо постепенно суживается и полностью закрывается. Оперативное лечение заключается в наложении кисетного шва вокруг дефекта и затягивании его (операция Лексера). При больших дефектах апоневроза выполняют пластику по Мейо.

### **Паховые грыжи**

Паховые грыжи – наиболее часто встречающиеся грыжи живота, они составляют 75% всех грыж. Чтобы понять суть данной патологии необходимо четко представлять анатомию паховой области, в частности пахового канала.

Паховый канал похож на расщелину между двумя большими мышечно-апоневротическими слоями. Паховый канал имеет 4 стенки: передняя – представлена апоневрозом наружной косой мышцы и безымянной фасцией (фасция Галлоде), а также латеральной частью внутренней косой мышцы, нижняя стенка (дно) – пупартова связка или подвернутый апоневроз наружной косой мышцы живота, которая натянута между передне- верхней остью подвздошной кости и лонным бугорком, а также лакунарной связкой. «Войти» в паховый канал можно через наружное отверстие, которое образуется за счет расщепления волокон апоневроза наружной косой мышцы и фиксации к симфизу и к лонному бугорку.

После рассечения передней стенки хорошо видна верхняя и задняя стенки пахового канала. Верхняя стенка (крыша) образована внутренней косой и поперечной мышцами и их апоневрозами. Задняя стенка- наиболее важная стенка канала, как с анатомической так и с хирургической точки зрения, место образования паховых грыж. Она сформирована, главным образом, за счет слияния апоневроза поперечной мышцы живота и поперечной фасции, что наблюдается в  $\frac{3}{4}$  случаев, в остальных наблюдениях имеется только поперечная фасция. Этот последний слой является наиболее важным для хирурга в плане восстановления дна пахового канала. Хотя сама по себе поперечная фасция слаба и бесполезна с точки зрения пластики грыж, однако, если она соединена с поперечным апоневрозом, то формирует хороший материал для пластики. В области пахового канала поперечная фасция состоит из двух тонких слоев, между которыми заключены нижние эпигастральные сосуды. Утолщенное продолжение поперечной фасции, расположенное параллельно пупартовой связке называется подвздошно- лонным тяжем (трактом). Он представляет собой самый нижний сегмент задней стенки пахового канала. Подвздошно- лонный тракт переплетается в Куперову связку (утолщенная надкостница лонной кости). Латеральное продолжение Куперовой связки – Жимбернатова связка. Пространство между верхней и нижними стенками пахового канала называется паховым промежутком. В норме он около 3 см. и увеличивается при паховых грыжах. Пространство, ограниченное сверху и латерально нижними эпигастральными сосудами, медиально - влагалищем прямой мышцы живота, снизу- пупартовой связкой называется треугольником Гассельбаха- это место образования паховой грыжи.

Патогенетическое значение задней стенки пахового канала для всех паховых грыж общепризнанно. Приблизительно на расстоянии 1,5 – 2 см. выше середина пупартовой связки располагается внутреннее отверстие, через которое проходит семенной канатик у мужчин, круглая связка матки – у женщин. Отверстие возникло в процессе опускания яичка в мошонку путем выпячивания листка брюшины и поперечной фасции. К моменту рождения мальчика выпячивание брюшины, так называемый влагалищный отросток брюшины, облитерируется, образуя его внутреннюю оболочку. Глубокое отверстие пахового канала – начальный анатомический путь формирования косой паховой мышцы.

Свое название грыжа получила от того, что имеет косое направление. Начинаясь в области глубокого отверстия пахового канала грыжевой мешок (выпячивание париетальной брюшины) проходит в элементах семенного канатика по всему каналу, затем выходит через наружное отверстие и может спуститься в мошонку (пахово – мошоночная грыжа). Прямая паховая грыжа встречается реже, чем косая. Из 75% всех паховых грыж на долю косых приходится 60%, прямых 10%. Прямые грыжи, так же как косые “зарождаются” на задней стенке пахового канала, в области медиальной ямки, точнее треугольника Гассельбаха. Прямая грыжа, выпячивая поперечную фасцию, выходит наружу в области наружного отверстия пахового канала в отличие от косой, проходящей через канал в косом, медиальном направлении в составе семенного канатика или круглой связки матки, достигая также наружного отверстия пахового канала.

Диагностика и клиническое течение.

По этиологии паховые грыжи бывают врожденными и приобретенными. Врожденные грыжи чаще встречаются у детей, но могут быть и у взрослых. Во время внутриутробного развития плода яички располагаются в забрюшинном пространстве. Движение яичка происходит строго по проводнику – соединительнотканному тяжу, который идет в мошонку. Параллельно спусканию яичка впереди него выпячивается брюшина и поперечная фасция. Брюшина образует так называемый влагалищный отросток, который выпячивает вперед по мере продвижения яичка само яичко и поперечную фасцию. К моменту рождения ребенка влагалищный отросток брюшины облитерируется в виде воронкообразного углубления на уровне глубокого отверстия пахового канала, а поперечная фасция покрывает яичко со всех сторон. Если по каким – либо причинам влагалищный отросток брюшины не облитерируется, он становится грыжевым мешком, к дну которого предлежит яичко, которое может находиться как в мошонке, так и в паховом канале (то есть имеет место крипторхизм – неопущение яичка). Диагностика врожденных грыж до операции возможна при отсутствии яичка в мошонке. Более точно врожденная грыжа распознается во время операции.

Приобретенные паховые грыжи могут быть косыми и прямыми. Основная жалоба больных с паховой грыжей – умеренные боли в области грыжи после физической нагрузки. Возможны и другие жалобы – частое, болезненное

мочеиспускание, что дает повод думать о скользящей грыже с вовлечением мочевого пузыря. Диагноз скользящей грыжи желательно поставить до операции (проведение цистографии), чтобы предупредить повреждение соскользнувшего органа. Осмотр больного с паховой грыжей следует проводить согласно правилам осмотра больного с грыжей любой локализации. Тем не менее диагностика паховых грыж имеет особенности, направленные на определение характера грыжи (косая или прямая). Косая паховая грыжа имеет продолговатую форму грыжевого выпячивания, прямая – округлую. Косая грыжа может спускаться в мошонку, при прямой грыже этого не наблюдается. Предположить наличие грыжевого мешка в элементах семенного канатика возможно при пальпации семенного канатика у корня мошонки со стороны грыжи, при этом отмечается утолщение канатика. Последнее не характерно для прямой грыжи. Симптом “блока” также позволяет ориентироваться в типе грыже: при блокировании глубокого отверстия пахового канала плотным прижатием пальцами в лежачем положении появление грыжи при натуживании с медиальной стороны свидетельствует о прямой грыже. Отсутствие грыже в этой же ситуации предполагает наличие косой грыжи, которая заблокирована у места своего выхода в паховый канал. В дифференцировке типа паховой грыжи помогают следующие данные: косые грыжи чаще наблюдаются у молодых людей или пациентов среднего возраста, появление этих грыж связывают с физическими нагрузками, поэтому считают, что косые грыжи возникают от усилия. Прямые грыжи свойственны старикам, они появляются от слабости тканей брюшного пресса. Косые грыжи чаще бывают односторонними, прямые, напротив нередко двусторонние. Косая паховая грыжа может быть врожденной, прямая всегда приобретенная. При осмотре пациентов как с прямой, так и с косой грыжей всегда производится обследование наружного отверстия пахового канала с помощью пальца, введенного в мошонку. В норме отверстие пропускает кончик указательного пальца, при грыже отверстие расширяется до 2 – 3 см. и более. При натуживании в области наружного отверстия пахового канала появляется грыжевое выпячивание. При паховых грыжах обязателен осмотр мошонки: наличие яичек, увеличение мошонки с одной из сторон, выяснение причины этого увеличения (грыжа, водянка яичка, опухоль яичка и т. д.), проведение перкуссии: наличие темпанита указывает на наличие кишки в

грыжевом мешке, притупление отмечается при жидкости, сальнике. Уточнить диагноз водянки оболочек яичка помогает ультразвуковое исследование (пункция опасна, если дифференциальный диагноз с пахово-мошоночной грыжей не ясен). Осмотр больного с паховой грыжей завершается пальцевым ректальным исследованием для выявления аденомы предстательной железы, исключения патологии со стороны прямой кишки, влагалищным исследованием у женщин для диагностики заболеваний, требующих хирургического лечения.

**Особенности паховых грыж у женщин.**

Паховые грыжи у женщин встречаются в 20 раз реже, чем у мужчин. Это связано с анатомическими особенностями строения пахового канала женщин: он гораздо уже, задняя стенка его, как правило, крепкая. Единственное слабое место – глубокое отверстие, где выходит круглая связка матки. Именно поэтому у женщин бывают преимущественно косые паховые грыжи. При осмотре пациенток определяется продолговатое выпячивание в паховой области. Наружное отверстие осмотреть, пальпировать, как правило, не удастся, так как остатки круглой связки матки разветвляются в области большой половой губы и наружное отверстие не дифференцируется.

### **Дифференциальный диагноз паховых грыж.**

1.Прежде всего следует отвергнуть диагноз бедренной грыжи, весьма похожей на паховую. Основным отличительный признак – локализация грыжевого выпячивания по отношению к пупартовой связке. Паховые грыжи располагаются выше пупартовой связки, бедренные – ниже. Помогает в диагностике симптом Купера: бедренная грыжа находится ниже латерально лонного бугорка, паховая – выше и медиально.

2.Предбрюшинная липома (скопление предбрюшинного жира), которая может пролабировать через паховый канал вдоль семенного канатика и создавать впечатление паховой грыжи. Предбрюшинная липома обезболивается при натуживании, кашле. Лечение – плановая операция.

3.Лимфоаденопатия может имитировать паховую грыжу. При осмотре в паховой области пальпируются увеличенные лимфоузлы, безболезненные или малоболезненные. Крайне важно выяснить причины лимфаденита:

венерические заболевания, метастазы рака (чаще прямой кишки), воспалительный процесс нижней конечности (инфицированные раны, ссадины, панариций, фурункул, рожа и другие заболевания). Отсюда понятна необходимость в дополнительных исследованиях (половых органов, пальцевого ректального исследования, осмотр всей нижней конечности от пальцев до паховой области). Лечение консервативное.

4.Туберкулезный натечник представляет собой образование в пахово-бедренной области, безболезненный гнойник, без признаков воспаления с флюктуацией в центре. Источник гнойника – гнойное расплавление позвоночника вследствие туберкулезного поражения. Обязательны рентгеновские снимки поясничного отдела позвоночника, откуда гной спускается в пахово- бедренную область, точнее под пупартову связку. Лечение – пункция гнойника, противотуберкулезная терапия.

5.Варикоцеле (водянка оболочек яичка). Имеет четкие границы, пальпаторно плотно- эластической консистенции, при перкуссии – тупой звук. При просвечивании в проходящем свете – однородное содержимое (диафаноскопия). В последнее время более информативно ультразвуковое исследование яичка. Лечение оперативное.

6.Киста семенного канатика или круглой связки матки (киста Нука) выглядит как выпячивание в паху, малоболезненное, плотно- эластической консистенции, не увеличивается при кашле, не исчезает в положении лежа. Лечение – плановая операция.

7.Варикозное расширение вен семенного канатика встречается, как правило, слева, так как слева яичковая вена впадает в почечную вену под прямым углом (справа в нижнюю полую вену под острым углом), что создает явление венозного стаза. Другой причиной варикоза может быть сдавление опухолью почки почечной вены. Заболевание выглядит как припухлость в паховой области по ходу семенного канатика, видны извитые увеличенные вены, расширенные вены семенного канатика, сходное с картиной “клубка червей”. Лечение оперативное.

### **Ущемленные паховые грыжи.**

Ущемленная паховая грыжа – наиболее часто встречающееся явление, наблюдается в 60% всех ургентных грыж. Ущемлению чаще подвергаются косые паховые грыжи из-за узости грыжевых ворот. Симптомы ущемленной паховой грыжи не отличаются от ущемления любой грыжи. Чаще всего после физической нагрузки грыжевое выпячивание, которое свободно вправлялось в брюшную полость, перестает вправляться, пациент при этом испытывает сильную боль, возникает рвота.

Ущемленную паховую грыжу следует дифференцировать в основном с двумя заболеваниями: ущемленной бедренной грыжей и паховым лимфаденитом. Дифференциальные признаки между бедренными грыжами были изложены ранее. Если все же диагноз в локализации грыжи не будет уточнен, большой ошибки в этом нет, так как обе ущемленные грыжи нуждаются в экстренной операции. При наличии пахового лимфаденита, кроме выяснения его этиологии, важно обнаружить признаки абсцедирования, при которых показано вскрытие гнойника.

### **Хирургическое лечение паховых грыж.**

Исторические аспекты. В начале 19 века четыре имени стоят у истоков современной герниологии: Camper, Cooper, Hesselbach, Scarpa. 19 век, создав анестезию, гемостаз и антисептику, сделал возможной современную хирургию, в том числе и хирургию грыж. Большое внимание в Европе и Америке стали уделять иссечению и перевязке грыжевого мешка на уровне наружного пахового кольца и сужению последнего швами. Операция описана в 1877 году Czerny. Важность поперечной фасции и внутреннего отверстия пахового канала понял впервые Marsy в Бостоне, но торжество идеи пластики задней стенки наступило в результате трудов Bassini в 1884 году – заведующего кафедрой клинической хирургии Университета в Падуе. Практически подобный вариант пластики чуть позже и совершенно независимо был предложен Halsted. Cooper уделил немного внимания описанию *ligamentum publicum superior*, названной его именем, но значительно позже Zotheisen в Инсбруке и Mc Vay сделали эту структуру основой медиальной париетальной пластики, известной во всем мире как метод Мак Вея. Значение пластики задней стенки было установлено сравнительно недавно. Одним из

сторонников пластики поперечной фасции был Harrison. Роль поперечной фасции и подвздошнолонного тракта подчеркивалась Clark, Nasimoto в 1946 году, Donald в 1948 году, Nihus в 1964, Novard в 1974 году, Condon в 1979 году.

Несмотря на столь длительный период интереса к описываемой анатомической зоне, остаются противоположные точки зрения и неясные вопросы. Последняя глава в истории анатомии и хирургической коррекции паховой области еще не написана.

Извесино около 400 методик оперативного лечения паховых грыж, тем не менее существуют основные принципы методики операции:

1. правильная обработка грыжевого мешка – перевязка последнего как можно выше, то есть как можно ближе к брюшной полости.
2. ликвидация пахового промежутка, то есть пластика задней стенки пахового канала вне зависимости от вида грыжи /косая или прямая/.
3. пластика передней стенки пахового канала не надежна, не влияет на патогенетическое звено формирования паховых грыж.
4. бережное манипулирование с семенным канатиком.
5. не травмировать, не захватывать в швы подвздошно-паховый и подвздошно-чревный нерв.
6. наложение швов во время пластики должно производиться без натяжения тканей.
7. производить тщательный гемостаз в ране.
8. избирать способ пластики в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

Таким образом, паховые грыжи, независимо от вида /косые или прямые/ оперируют с помощью пластики задней стенки пахового канала. Основным из них в настоящее время считают следующие: 1. пластика по Бассини. 2. пластика по Мак Вею. 3. пластика по Шульдайц. 4. пластика по Постемпскому 5. предбрюшинная пластика по Нихусу 6. герниопластика по Лихтенштейну.

#### 7. лапароскопическая герниопластика

Способ Бассини – операция, которая применяется во всем мире и служит эталоном для других видов пластики. Суть операции – ликвидация пахового промежутка, как места возникновения грыжи. Бассини предложил соединить

верхнюю стенку пахового канала /внутреннюю косую и поперечную мышцы/ с нижней, то есть пупартовой связкой. Под семенным канатиком, который находится на держалке после грыжесечения, накладывают швы: сначала сшивают край прямой мышцы живота с лонным бугорком, а затем мышцы с пупартовой связкой швами из нерассасывающегося материала 0,3-0,5 см частотой. Швы накладывают до глубокого отверстия пахового канала, суживая его ( должно пропускать кончик пальца, чтобы не сдавливать выходящий здесь семенной канатик). На вновь образованную заднюю стенку укладывают семенной канатик, над ним ушивают переднюю стенку пахового канала ( апоневроз наружной косой мышцы живота ). При очень высоком паховом промежутке ( свыше 4 см ) для уменьшения натяжения швов предложены послабляющие разрезы в апоневрозе прямой мышцы живота по Венгловскому, Мак Вею и др. Эта манипуляция позволяет низвести верхнюю стенку и наложить швы с пупартовой связкой без натяжения. Число рецидивов грыж по способу Бассини от 4% до 9%.

Пластика по Мак Вею относится также к операции на задней стенке пахового канала. В отличие от пластики по Бассини при этом способе верхняя стенка канала, то есть мышцы пришиваются не к пупартовой связке, а к более глубоко расположенной надкостнице лонной кости, называемой связкой Купера. В этом случае также ликвидируются паховый промежуток, укрепляется задняя стенка, но для пластики используются более плотные образования. Послабляющий разрез в этой ситуации обязателен. Швы накладываются от лонного бугорка до бедренной вены, не вступая с ней в контакт. Рецидивы грыж при этом виде пластики снижаются и составляют 0,5%-1,0%.

Операцию Шульдайтц чаще используют зарубежные хирурги, но в последнее время российские хирурги также стали применять ее в своей практике. Основное в этой операции – создание дубликатуры из поперечной фасции монолитной нитью, сверху мышцы подшиваются к пупартовой связке. Достоинства данной методики в реконструкции задней стенки, сшивании однородных тканей, уменьшении глубокого отверстия, многослойность пластики. Частота рецидивов 0,6%-0,8% в исполнении автора.

Операция Постемпского ( за рубежом носит название операции Холстеда ) предполагает ликвидацию пахового промежутка за счет подшивания апоневроза и

мышц к пупартовой связке. После этого семенной канатик будет находиться в подкожной жировой клетчатке. Отличительная черта данной операции – перемещение места выхода семенного канатика более латерально, таким образом полностью меняется направление пахового канала. Надежность данной пластики позволяет ее рекомендовать при больших, рецидивных грыжах у пожилых пациентов. Рецидивы при в этом виде пластики в среднем около 3%.

Операция Нихуса. Грыжесечение производится из предбрюшинного доступа ( или заднего в отличие от предыдущих передних ). Операция производится под наркозом с обязательной релаксацией мышц живота. Поперечным доступом на 4 см выше лона послойно обнажают предбрюшинное пространство. Передняя стенка влагалища прямой мышцы рассекается. Брюшину тупо отслаивают кверху и выделяют грыжевой мешок, который пересекают у шейки. При таком доступе становится возможным подойти к грыжевому мешку у самого его основания, места зарождения грыжи, что невозможно ни при каком другом доступе. Далее проводится пластика задней стенки пахового канала путем сшивания поперечной фасции с подвздошнолонным тяжем. Подвздошнолонный тяж ( тракт ) описан Томпсоном как листок фасции, прикрепленный к подвздошной кости, он покрывает бедренные сосуды и образует переднюю фасцию бедра, фиксируется медиально к передней ветви лонной кости и связке Купера, нижние его волокна изгибаются сзади и формируют медиальную границу бедренного канала или лакунарную связку. Проще говоря, подвздошнолонный тяж – это утолщенная поперечная фасция, расположенная параллельно и несколько глубже паховой связки. Достоинства данной операции в самом высоком сечении грыжевого мешка, с полным его устранением, далее – выделение грыжевого мешка не сопровождается травматизацией семенного канатика, нет опасности повреждения нервов. Рецидивы при пластики по Нихусу около 1%.

Лапароскопические способы герниопластики получили свое развитие в последнее десятилетие во время бурного роста лапароскопических операций. Было очень заманчивым закрыть слабое место для паховых грыж ( область глубокого кольца, медиальную ямку ) синтетической заплатой, не рассекая тканей пахового канала. Синтетический протез укладывается под брюшину, предварительно отслоенную в области латеральной и медиальной ямок, и далее фиксируется

танталовыми скобками к верхней стенке пахового канала, прямой мышце живота, пупартовой связке и надкостнице лонной кости ( связке Купера ). Подобную манипуляцию с заплатой можно произвести лапароскопически через брюшную полость, а также экстраперитонеально, введя лапароскоп в подбрюшинную клетчатку. Преимущество лапароскопической герниопластики: хороший косметический эффект, исключение травматизации семенного канатика, нервов, сосудов, быстрая реабилитация больных, сокращение пребывания больного в стационаре. Вместе с тем данной методике операции присущи определенные недостатки: обязательное общее обезболивание, более длительное время вмешательства, осложнения, связанные с лапароскопией. Рецидивы грыж от 3% до 4%.

Герниопластика по Лихтенштейну – закрытие синтетическим протезом задней стенки пахового канала под семенным канатиком без сшивания элементов пахового канала ( безнатяжная пластика). Рецидивы от 1% до 2%.

Особенности операции при врожденных грыжах состоят в том, чтобы грамотно разобраться в ситуации, особым способом обработать грыжевой мешок. Последний пересекается в посередине, центральная часть его в области глубокого отверстия перевязывается или прошивается, излишки мешка иссекаются. Периферическая часть мешка фиксирована к яичку, поэтому ее следует иссечь до самого яичка и сшить по типу операции Бергмана ( при водянке оболочек яичка ). Пластика пахового канала при врожденных грыжах не отличается от таковой при приобретенной, то есть одним из способов пластики задней стенки пахового канала.

Особенности операции при скользящей грыже обусловлены опасностью повреждения соскользнувшего органа, который представляет собой одну из стенок грыжевого мешка. Чаще всего таким органом может быть мочевого пузырь или слепая кишка. В этом случае нельзя у шейки прошить или даже перевязать грыжевой мешок, эту процедуру следует выполнять над соскользнувшим органом. При повреждении мочевого пузыря производится ушивание его двухрядным швом кетгутом без захвата слизистой и установкой катетера на 5-6 дней после операции.

### **Особенности оперативного лечения ущемленных паховых грыж.**

При необходимости резекции некротизированной кишки следует использовать герниолапаратомный доступ, как менее травматичную операцию, особенно у пожилых людей. При запущенных случаях ущемленной грыжи с явлениями кишечной непроходимости и перитонита обязательна срединная лапаротомия для декомпрессии кишечника, санации брюшной полости. Однако, не следует злоупотреблять этим отступлением от правил и использовать его, когда все же можно выполнить резекцию кишки через герниолапаратомическое отверстие. При ущемленных паховых грыжах, так же как и при остальных других, самое главное действие хирурга – устранение ущемления, резекция некротизированного органа. Вопросы выбора способа пластики отступают на второй план. В связи с этим процент рецидивов после ущемленных паховых грыж достигает 30% - 40%. Флегмона грыжевого мешка – нередкая ситуация у больных с ущемленными паховыми грыжами. Тактика оперативного лечения этого осложнения изложена ранее.

### **Бедренные грыжи.**

Бедренные грыжи располагаются в области овального отверстия на бедре, точнее в пространстве, ограниченном сверху пупартовой связкой, снизу – горизонтальной частью лонной кости, с латеральной стороны – бедренной веной, с медиальной стороны – лакунарной связкой, которая называется по имени автора Жимбернати. В норме бедренного канала не существует. В этой области залегает лимфоузел Розенмюллера-Пирогова. Бедренная грыжа нередко впервые проявляется ущемлением. До этого симптомокомплекс не выражен и больные не знают о существовании у них грыжи. При выхождении грыжевого мешка он обнаруживается ниже пупартовой связки. При этом возможны умеренные боли в пахово-бедренной области после физической нагрузки. При сращении пряди большого сальника с грыжевым мешком выявляется симптом «натянутой струны» - усиление болей при выпрямлении туловища. Бедренные грыжи не достигают больших размеров. Эта категория грыж имеет большую склонность к ущемлению вследствие узких грыжевых ворот. Женщины намного чаще мужчин имеют бедренные грыжи.

Дифференциальный диагноз бедренной грыжи проводится с нижеперечисленными заболеваниями, большая часть которых упоминалась в разделе паховых грыж: 1. паховая грыжа располагается выше пупартовой связки, симптом Купера позволяет выявить бедренную грыжу латеральнее и ниже лонного бугорка 2. Липома бедра характеризуется мягкой консистенцией, неизменность конфигурации в различных положениях тела, отсутствием кашлевого толчка 3. Лимфаденит различной этиологии, о чем уже указывалось ранее 4. Натечный абсцесс при туберкулезе позвоночника 5. Аневризматическое расширение большой подкожной вены у пациентов с варикозной болезнью, которое без труда подтверждается при осмотре конечности. Указанное образование исчезает при поднятии ноги и освобождении поверхностных вен от крови. При обследовании во время кашля по ходу вены определяется волна крови. Выявляется симптом Шварца – передача толчкообразных движений с голени на бедро.

#### **Хирургическое лечение бедренных грыж.**

Известно около 200 способов хирургического лечения бедренных грыж. Их можно разделить на две большие группы: 1. Паховый доступ 2. Бедренный доступ. К бедренному способу лечения бедренных грыж относится операция Бассини, при которой подход к грыжевому мешку осуществляется со стороны грыжевого выпячивания, то есть на бедре ниже пупартовой связки. После выделения грыжевого мешка, его вскрывают, далее производят перевязку мешка у шейки как можно выше. Дефект тканей устраняют путем сшивания пупартовой связки со связкой Купера, то есть надкостницей лонной кости. Крайне важно с латеральной стороны не повредить бедренную вену. Как правило, от лонного бугорка до бедренной вены укладывается 2-4 шва. Метод прост в исполнении, не травматичен, занимает немного времени, но дает большое количество рецидивов.

Паховый доступ более надежен в плане отдаленных результатов, но более травматичен, так как вскрывается паховый канал и слой мышц, представляющий верхнюю стенку пахового канала, подшивается к связке Купера и пупартовой связке. При этом грыжевой мешок переводится с бедра в паховый канал ( после рассечения поперечной фасции ), что позволяет произвести более высокое

лигирование грыжевого мешка. Описанный способ предложен Руджи-Парлавеччио. Рецидивы при данном способе пластики достигают 4 %.

Способ Лихтенштейна при бедренной грыже заключается в введении в просвет бедренного канала после удаления грыжевого мешка пропиленовую сетку, свернутую в виде рулона. Затем ее подшивают отдельными швами к пупартовой и гребешковой связкам без натяжения.

### **Ущемленные бедренные грыжи.**

Ущемленные бедренные грыжи по частоте стоят на втором месте после паховых, что связано с узкими грыжевыми воротами. Самопроизвольного вправления ущемленных бедренных грыж не бывает. Диагностика данного заболевания часто запоздалая, так как пациенты поздно обращаются в стационар. Некроз тонкой кишки – явление характерное для ущемленной бедренной грыжи. Операцию при ущемлении начинают с разреза над грыжевым выпячиванием на бедре. После вскрытия грыжевого мешка и фиксации ущемленного органа производят рассечение ущемляющего кольца в медиальном направлении (лакунарная связка). В 10-20% случаев запирающая артерия ( а. obturatoria), обычно отходящая от а. hypogastrica, может быть ветвью а. epigastrica inferior, и направляется к запирательному каналу. При этом запирающая артерия охватывает шейку грыжевого мешка спереди, изнутри и немного сзади. При рассечении ущемляющего кольца, как изнутри ( лакунарная связка ), так и кверху ( пупартова связка ), возможно пересечение указанной артерии. Подобная аномалия носит название « корона смерти » ( « corona mortis » ). После оценки жизнеспособности содержимого и при необходимости резекции кишки удобнее перевод грыжевого мешка и паховый канал и выполнение резекции через герниолапаротомный доступ. Показания к лапаротомии те же, что и при ущемленных паховых грыжах.

### **Послеоперационные вентральные грыжи.**

Послеоперационные вентральные грыжи образуются вследствие хирургического вмешательства на органах брюшной полости. От 6% до 10% всех лапаротомий осложняются формированием грыжи. Лечение больных с

послеоперационными грыжами представляет одну из проблем современной хирургии, так как результаты остаются неудовлетворительными: рецидивы грыж достигают 30%. Большая часть послеоперационных грыж образуется в результате экстренных хирургических вмешательств / аппендэктомия, холецистэктомия, гинекологические операции, лапаротомии по поводу ранений живота, острой кишечной непроходимости и т.д./ . Как правило, послеоперационные грыжи формируются в первые годы после операции. Причины образования послеоперационных грыж многочисленны, основные из них следующие :

1. Инагноение послеоперационной раны.
2. эвентрация.
3. Образование лигатурных свищей ;
4. Нерациональные оперативные доступы, сопровождающиеся денервацией и нарушением кровообращения, что приводит к релаксации тканей.
5. Технические ошибки наложения швов на рану брюшной стенки / использование нерассасывающегося шовного материала, редкие, либо частые швы на апоневроз, швы наложенные близко к краю апоневроза и другие ошибки/.
6. Использование тампонов,
7. Тяжелый послеоперационный период, сопровождающийся выраженным парезом кишечника, многократными рвотами, легочными осложнениями.
8. Наличие сопутствующих заболеваний- ожирения, сахарного диабета, бронхиальной астмы, сердечной недостаточности, онкологических заболеваний.

### **Клиника и диагностика послеоперационных грыж.**

Послеоперационные вентральные грыжи в зависимости от величины условно дифференцируются на малые, средние, обширные и гигантские. Диагностика указанных грыж не представляет для врача трудностей. Клинические проявления заболевания зависят от величины грыжи и характера содержимого в ней. Особенности клинического течения послеоперационных грыж является нижеперечисленное:

1. Длительное грыженосительство.
2. Достижение грыжи больших размеров
3. Расположение грыжи в зоне послеоперационного рубца
4. часто несоответствие грыжевых ворот и объема грыжевого мешка
5. Наличие множественных дефектов в апоневрозе
6. многокамерность грыжевого мешка
7. Выраженный спаечный процесс в грыжевом мешке и в брюшной полости
8. нередко невосприимчивость грыжи
9. Постоянная угроза развития острой кишечной

спаечной непроходимости и ущемление грыжи 10. Большой процент старше 60 лет  
11. Коррекция сопутствующих заболеваний.

Больные с обширными и гигантскими грыжами нуждаются в обследовании функции внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы, а также желудочно-кишечного тракта, желчных путей. Последнее необходимо для исключения патологий, требующей хирургического лечения одновременно с грыжесечением, так называемые симультантные операции. Также важно оценить возможность тромботических осложнений в послеоперационном периоде / наличие варикозного расширения вен нижних конечностей, ожирение, сердечно – сосудистые заболевания и другие факторы/.

При клиническом обследовании больного с обширной и гигантской послеоперационной грыжей хирургу важно правильно оценить адаптационные возможности больного в отношении предстоящей операции, предположить реакцию организма после вправления содержимого грыжи, нередко вмещающего большую часть кишечника, в брюшную полость и набрать адекватный способ предоперационной подготовки.

### **Предоперационная подготовка**

Предоперационная подготовка больных с послеоперационными вентральными грыжами может быть двоякой: 1. Традиционная подготовка 2. Специальная подготовка. Традиционная подготовка больных с грыжами любых размеров не отличается от таковой перед любым плановым оперативным вмешательством. Особое внимание обращается на коррекцию функции дыхания, речно-сосудистой системы, очищение кишечника, профилактику тромботических осложнений. Больным с обширными и гигантскими послеоперационными грыжами проводят специальную предоперационную подготовку. При вправлении грыжевого мешка у этой категории больных происходит резкое увеличение внутрибрюшного давления, что может привести к развитию острой дыхательной недостаточности вплоть до летального исхода. В связи с этим важна организация профилактических мероприятий по снижению негативного действия высокого внутрибрюшного давления после операции. Это достигается двумя путями: с одной стороны, больным проводится предоперационная подготовка с целью адаптации к

абдоминальной гипертензии, с другой – применяются способы пластики без уменьшения объема брюшной полости. Тренировка к повышенному внутрибрюшному давлению может осуществляться с помощью различных устройств (поясов, тугого бинтования живота, прикладывания груза на живот, пневмоперитонеума ). Наиболее рациональна подготовка методом дозированной пневмокомпрессии в специальном костюме, заимствованном из практики подготовки космонавтов и летчиков. После надевания костюма на область грыжи накладывалась надувная камера, соединенная с манометром. Костюм плотно подгонялся по фигуре с помощью шнуровок и нагнетания воздуха в боковые камеры. В надувной камере над грыжей создавали максимальное давление 60-70 мм рт ст. Данная методика предоперационной подготовки может быть с полным основанием названа моделью послеоперационного периода, так как создает внутрибрюшную гипертензию идентичную по той, которую испытывает пациент после пластики брюшной стенки путем создания дубликатуры апоневроза.

В начале подготовки больным проводили тест на повышение внутрибрюшного давления: если в течении часа максимальной гипертензии реакция показателей внешнего дыхания и сердечной деятельности была незначительна- таким больным не обязательна специальная подготовка в костюме, им могла быть выполнена пластика брюшной стенки с уменьшением объема брюшной полости . Если у больного на максимальное увеличение внутрибрюшного давления, тождественное послеоперационному, появились значительные отклонения в показателях дыхания и сердечной деятельности, начинали подготовку методом дозированной компрессии и продолжали в течении 10-20 дней до получения положительного теста на абдоминальную гипертензию. Больным с более длительным сроком предоперационной подготовки чаще всего выполняли операции пластического закрытия дефекта брюшной стенки без уменьшения объема брюшной полости/ с использованием дополнительного пластического материала/.

### **Принципы хирургического лечения послеоперационных грыж**

Оперативные приемы, исходя из вышеизложенного, делятся на две группы:

1. Пластика брюшной стенки с уменьшением объема брюшной полости. 2. Пластика брюшной стенки без уменьшения объема брюшной полости. Известно около 200 способов закрытия дефектов брюшной стенки собственными тканями, в основе которых создание дубликатуры тканей. Наиболее важные принципы хирургического лечения послеоперационных грыж следующие: 1. Иссечение излишков кожи вместе с послеоперационным рубцом 2. Мобилизация (освобождение ) грыжевого мешка от содержимого 3. Ликвидация спаечного процесса в брюшной полости 4. Ревизия органов брюшной полости 5. Бережное отношение к грыжевому мешку как к возможному пластическому материалу 6. Отказ от аутопластики при наличии слабых, истонченных, рубцовых тканей 7. Наложение швов при пластике без натяжения тканей 8. Широкая отслойка от апоневроза 9. Дренирование подкожной клетчатки дренажем с активной аспирацией 10. Использование дополнительных пластических материалов (синтетических протезов)при наличии больших дефектов в брюшной стенке, рецидивных грыжах, слабых, растянутых тканях.

Результаты хирургического лечения послеоперационных грыж собственными тканями не удовлетворяют хирургов, процент рецидивов высок и колеблется от 12% до 30%. С помощью пластических материалов ( аутодерма, твердая мозговая оболочка, консервированная фасция, синтетические материалы ) появилась возможность не уменьшать объем брюшной полости во время операции. Наибольшее распространение в клиниках получила аутодермопластика и синтетические материалы. Среди последних используется мерсилен, полипропилен. При выполнении аллопластики важна тщательная герметизация брюшной полости с использованием остатков грыжевого мешка и окружающих тканей, размещение протеза над или под апоневрозом, отступя от краев дефекта апоневроза не менее 10-15 см, быстрая и надежная фиксация имплантата механическими швами с помощью степлера, качественные и стерильные в упаковках синтетические протезы различных размеров. Аллопластика дает рецидивы от 1% до 3,5%. Наиболее частые причины рецидивов

послеоперационных грыж следующие: раневые осложнения, неправильный выбор принципа пластики, отказ от использования пластических материалов и другие.

### **Ущемленные послеоперационные грыжи.**

При ущемлении послеоперационной грыжи обширной или гигантской величины предоперационную подготовку провести не удастся. В первую очередь следует ликвидировать ущемление, рассечь ущемляющее кольцо, спасти пациенту жизнь. Контингент больных, как правило, тяжелый: пожилые люди, длительные грыженосители, имеют несколько сопутствующих заболеваний. Пластику в большей части случаев в таких ситуациях не производят. Летальность после ущемленных послеоперационных грыж высока, а число послеоперационных осложнений не имеет тенденции к уменьшению.

Эти обстоятельства должны направлять усилия врачей всех уровней на организацию планового хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами. Только при условии грамотного лечения больных с послеоперационными грыжами можно добиться хороших результатов.

### **Редкие виды грыж.**

Грыжа мечевидного отростка грудины. Грыжа проникает через дефект или расщелину в мечевидном отростке, которые чаще всего бывают врожденного характера. Данному виду грыжи свойственны боли в подложечной области. Через отверстие в кости также может пролабировать предбрюшинная клетчатка, вызывающая болевой синдром. Лечение оперативное – удаление мечевидного отростка.

Поясничные грыжи. Грыжи выходят через дефекты на задней стенке: верхняя грыжа выходит через треугольник Лесгафта-Грюнфельда, между волокнами широчайшей мышцы спины, нижняя грыжа – через треугольник Пти, латеральнее широчайшей мышцы спины, снаружи располагаются внутренняя косая и поперечная мышцы. По этиологии данные грыжи могут быть врожденными и приобретенными. Болеют чаще мужчины. Клинические проявления: боли в области грыжевого выпячивания на спине, которые исчезают в положении на противоположном боку и животе. Грыжи имеют склонность к ущемлению.

Лечение оперативное. Поясничным доступом ликвидируют вышеуказанные щели: при верхних грыжах сшивают косые мышцы живота с продольной мышцей позвоночника, при нижних – наружную косую мышцу и широчайшую.

Грыжи Спигелиевой линии. Спигелиева линия представляет собой место перехода мышечной части косой мышцы живота в апоневротическую. Грыжи возникают в том месте, где Спигелиева линия пересекается с полукружной линией, которая соединяет пупок с передней верхней остью подвздошной кости. Это соответствует области наружного края прямой мышцы живота на 4-5 см ниже пупка. Диагностика таких грыж не представляет трудностей. Чаще болеют женщины пожилого возраста гиперстенического телосложения. Грыжа имеет тенденцию к ущемлению в половине случаев.

Грыжа запирающего отверстия. Встречается очень редко. Выходит из брюшной полости через запирающее отверстие, находящееся в полости малого таза между верхним краем запирающей мышцы и горизонтальной вервью лонной кости ( место выхода запирающих сосудов и нерва ). Грыжевой мешок может выходить наружу в области Скарповского треугольника на внутреннюю поверхность бедра. Клинические проявления сводятся к болям неврологического характера с иррадиацией вниз по ноге до пальцев. Лечение – оперативное, бедренным доступом с использованием мышечной пластики. При ущемленной грыже производят лапаротомию.

Седалищная грыжа. Данная грыжа располагается в толще ягодичных мышц. Снаружи она может быть не видна, так как покрыта мощным слоем ягодичных мышц. Характерны боли в ягодичной области и по ходу седалищного нерва. При оперативном лечении производится разрез на ягодиче, дефект между грушевидной и малой ягодичной мышцами устраняется ушиванием указанных мышц.

Промежностная грыжа. Грыжевой мешок проходит наружу через щель в урогенитальной диафрагме или мышце, поднимающий задний проход. Встречается исключительно редко. Болеют женщины пожилого возраста в сочетании с выпадением прямой кишки и женских половых органов. Важное значение в диагностике этой грыжи придается влагалищному и ректальному исследованию. Ущемления промежностной грыжи редки. Лечение – оперативное брюшно-промежностным доступом.

### **Внутренние грыжи.**

Диафрагмальные грыжи. Данные грыжи характеризуются перемещением органов брюшной полости в грудную полость через дефекты в диафрагме врожденного или приобретенного характера.

Врожденная диафрагмальная грыжа выявляется сразу же после рождения ребенка. Возникает пролапс органов через недоразвитую диафрагму в грудную полость, развивается тяжелое состояние, обусловленное сердечно-легочной недостаточностью. Ребенка в этой ситуации может спасти только экстренная операция. При небольших дефектах в диафрагме течение болезни более постепенное. У ребенка грудного возраста возникают приступы удушья, рвота, беспокойство после приема пищи. В вертикальном положении у ребенка отмечается значительное ухудшение состояния. Подобные грыжи часто ущемляются. Лечение-оперативное, ушивание дефекта диафрагмы.

Приобретенные диафрагмальные грыжи наблюдаются в основном у взрослых после ранений брюшной полости и повреждения диафрагмы. Последнее иногда не распознается, во время лапаротомии, так как обращают внимание на другие повреждения. Через некоторое время больные начинают предъявлять следующие жалобы: боль в соответствующей половине грудной клетки, затруднение дыхания после приема пищи. Решающее значение в диагностике имеет рентгенологическое исследование: затемнение легочного поля, чередующееся с участками просветления, горизонтальными уровнями жидкости, смещение тени сердца. Уточнить диагноз помогает контрастное исследование желудка и кишечника. Дифференциальный диагноз должен проводиться с плевритом, пневмонией, пневмотораксом. В этой ситуации опасны плевральные пункции, так как прокол полого органа приведет инфицированию плевры и развитию эмпиемы. Ущемление посттравматических диафрагмальных грыж наблюдается у каждого второго пациента, имеющего данную патологию. Операция- тораколапаротомия. После освобождения органов из плевральной полости дефект в диафрагме ушивают п-образными швами, иногда используют пластические материалы.

Костно-стернальные грыжи проходят в щель между диафрагмой, грудиной и ребрами. Они имеют название по имени автора – грыжи Морганьи ( слева ) и Ларрея ( справа ). Больные могут предъявлять жалобы на боли за грудиной. В

грыжевом мешке чаще располагается прядь сальника, возможно наличие кишки, желудка. Диагностика основывается на данных рентгенологического контрастного исследования желудочно-кишечного тракта.

Пояснично-реберные грыжи ( Богдалека ) встречаются крайне редко, преимущественно у детей, чаще с левой стороны. В грыжевом мешке может быть желудок, почка и даже селезенка. Рентгенологическое исследование – ведущий диагностический прием при данной патологии. Операция производится торакотомным доступом в 7-8 межреберье.

Грыжа в области Винслово отверстия – явление крайне редкое. Проявляется впервые ущемлением грыжи. Винслово отверстие – вход в малый сальник, в силу различных причин может быть сужено. Через суженное отверстие в полость малого сальника может проникнуть петля кишки, сальник и ущемиться. Точный диагноз возможен только после лапаротомии.

Грыжи карманов брюшины проявляются в результате ущемления. Чаще карманы брюшины наблюдаются вокруг слепой и сигмовидной кишки. Больного оперируют с диагнозом острой странгуляционной непроходимости, во время операции диагностируют ущемленную грыжу кармана брюшины. До операции точный диагноз поставить невозможно.

Грыжи связки Трейца бывают врожденного характера, при этом образуются сращения брыжейки с задней стенкой брюшины. В эти отверстия соскальзывают петли кишечника и ущемляются. Причем, между листками брюшины проходят крупные сосуды: справа – верхняя брыжеечная артерия, слева – нижняя брыжеечная. Диагноз уточняется только на операции.

---

---

**Литература:**

1. М.И.Кузин Хирургические болезни М., Медицина. 2006. стр. 248- 270
2. .Тоскин, В.В. Жебровский Грыжи брюшной стенки М. 1990, стр. 6-64, 80-190, 191-248.
3. В.С.Савельев, А.М.Шулутко и соавтр.. Типовые тестовые задания и ситуационные задачи по хирургическим болезням для программированного обучения и контроля знаний студентов высших медицинских учебных заведений М., 2005, стр. 106-117.
4. М.П.Черенко «Брюшные грыжи» Киев 1995, стр. 3-242.
5. В.И.Ороховский « Основные грыжесечения « Мунцех. Китис. 2000 стр. 11-119.
6. Н.В.Антропова «Предоперационная подготовка и хирургическое лечение больных с послеоперационными вентральными грыжами .Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук Москва, 1993 г.
7. А.Д.Тимошин, А.В.Юрасов, А.Л.Шестаков» хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки» М., Триада-Х, 2003.
8. А.А.Чистяков, Д.Ю.Богданов Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж М., 2005
9. В.С.Савельев, Н.А.Кузнецов Грыжи передней брюшной стенки: Клиническая хирургия. Национальное руководство М., ГЭОТАР-Медиа, 2009. т.2 , стр. 722-773.
10. В.Н.Егиев, К.В.Лядов, П.К.Воскресенский Атлас оперативной хирургии грыж-М., ИД Медпрактика, М., 2003

**ЗАДАЧИ по теме « Грыжи брюшной стенки»****Задача №1**

Во время диспансеризации у пациентки 48 лет в области пупка обнаружено выпячивание округлой формы размерами 5 см х 5 см, малоболезненное, эластической консистенции, не вправляющееся в брюшную полость, при перкуссии имеется притупление. Размеры выпячивания не меняются в вертикальном положении. Выпячивание имеется около 5 лет с постепенным увеличением, периодически беспокоят боли в области пупка ноющего характера, особенно после физической нагрузки. Температура тела 36.6 С, лейкоциты крови  $5,1 \times 10^9$  /л

**1. Ваш диагноз?****2. Какие методы диагностики необходимы в данном случае?****3. Определите тактику лечения**

1. Пупочная невправимая грыжа
2. УЗИ брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия
3. Плановая операция – грыжесечение , пластика брюшной стенки

**Задача № 2**

У пациентки 50 лет 2 часа назад внезапно после подъема тяжести появились сильные боли в области пупочной грыжи, существующей около 4 лет, грыжа перестала вправляться. При осмотре в области пупка имеется болезненное выпячивание размерами 5смх 5 см, не вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок не проводится. В остальных отделах живот мягкий , безболезненный, перитонеальных явлений нет. Температура 36.7 С , лейкоциты крови  $6,2 \times 10^9$  /л.

**1. Ваш диагноз?****2. Тактика лечения?**

**Ответы:**

1. Ущемленная пупочная грыжа
2. Экстренная операция –грыжесечение, пластика брюшной стенки

**Задача №3**

У пациента 31 года имеется справа в паховой области выпячивание овальной формы 5смх3 см выше пупартовой связки, при пальпации мягкоэластической консистенции, малоболезненное, перкуторно тимпанит, семенной канатик утолщен справа, наружное паховое отверстие расширено до 3 см, образование вправляется в брюшную полость в горизонтальном положении. Температура тела 36.6 С, лейкоциты крови  $5.1 \times 10^9$  \л

**1.Ваш диагноз?****2.Тактика лечения****3.Дифференциальный диагноз****Ответы**

1. Правосторонняя косая паховая грыжа
2. Плановая операция грыжесечение, пластика пахового канала.
3. Бедренная грыжа, паховый лимфаденит, туберкулезный

натечник, варикозное расширение вен семенного канатика.

**Задача № 4**

У пациента 20 лет 2 часа назад во время занятий спортом появилась сильная боль в правой паховой области. До этого в течение года беспокоили ноющие боли в правой паховой области , особенно после физической нагрузки, к врачу не обращался. При осмотре в правой паховой области выше пупартовой связки пальпируется болезненное образование 4 см х3 см овальной формы тугоэластической консистенции, не вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок не проводится. Температура тела 36.9 С. Лейкоциты крови  $7,2 \times 10^9$  \л

1. Ваш диагноз ?
2. Лечение
3. Возможные осложнения

### Ответы

1. Ущемленная паховая грыжа справа
2. Срочная операция
3. Некроз ущемленной кишки

### Задача № 5

У больной 72 лет 10 часов назад во время приступа кашля появились сильные боли в правой паховой области. Ранее в течение нескольких месяцев беспокоили ноющие боли в этой области, к врачу не обращалась. При осмотре состояние средней тяжести, живот вздут болезненный в нижних отделах живота больше справа, положительный симптом Щеткина – Блюмберга, ниже пупартовой связки пальпируется болезненное образование 4 см x 4 см, не вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок не проводится. Температура 37,7 С, лейкоциты крови  $10,3 \times 10^9 / \text{л}$

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения
3. Дифференциальный диагноз

### Ответы

1. Ущемленная бедренная грыжа справа
2. Срочная операция
3. Паховый лимфаденит, паховая грыжа, тромбоз варикозного узла в устье большой подкожной вены.

### Задача №6

Пациент 46 лет жалуется на боли в правой подвздошной, паховой области справа, в области паховой грыжи справа, тошноту. Паховая грыжа существует около 4 лет, от предложенной операции воздерживается. Боли по всему животу появились 8 часов назад, постепенно усилились и локализовались в указанных областях.

При осмотре состояние средней тяжести, живот болезненный в правой подвздошной области, паховой области справа, над лобком. Имеются положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Ровзинга, в

паховой области выше пупартовой связки определяется болезненное образование 4смх3см, невправляющееся в брюшную полость. Температура 37.7 С. Лейкоциты  $11.0 \times 10^9 /л$

### **Вопросы**

- 1. Ваш диагноз ?**
- 2.Тактика лечения**

### **Ответы**

1. острый аппендицит, перитонит. Ложное ущемление паховой грыжи справа
2. Операция аппендэктомия

### **Задача №7**

Больной 67 лет доставлен в больницу с диагнозом ущемленная паховая грыжа слева. Ущемление произошло 1,5 часа назад. Сопутствующие заболевания ишемическая болезнь сердца. Аденома предстательной железы. При осмотре в приемном отделении грыжа самостоятельно вправилась, боли прошли.

### **Вопросы:**

- 1. Ваша тактика лечения**
- 2. Особенности лечения больного в связи с наличием сопутствующих заболеваний.**

### **Ответы:**

- 1. Госпитализировать и активно наблюдать**
- 2. Плановая операция грыжесечения после лечения аденомы предстательной железы.**

### **Задача №8**

У больного 43 лет имеется грыжевое выпячивание в правой подвздошной области в зоне послеоперационного рубца после аппендэктомии, произведенной 2 года назад. Грыжевые выпячивание размерами 18смх12см немного болезненное, овальной формы, вправляется в брюшную полость, грыжевые ворота 10смх6см. Над грыжевым выпячиванием перкуторно тимпанит. В анамнезе дважды явления ущемления грыжи.

**Вопросы:**

- 1. Ваш диагноз?**
- 2. Тактика лечения**
- 3. Предложите способ пластики брюшной стенки для данного больного**

**Ответы**

1. Послеоперационная вентральная обширная грыжа
2. Плановая операция
3. Использование синтетического протеза

**Задача №9**

У пациентки 72 лет ниже пупартовой связки определяется болезненное образование 4смх4см, которое появилось после физической нагрузки. Диагностировано ущемление грыжи. Экстренная операция. После вскрытия грыжевого мешка в нем обнаружено две петли тонкой кишки розового цвета, пульсация сосудов брыжейки сохранена, определяется перистальтика. Петли кишечника признаны жизнеспособными и вправлены в брюшную полость. В последующие сутки после операции состояние больной ухудшилось, беспокоят боли в животе, симптом Щеткина - Блюмберга, положительный, тахикардия.

**Вопросы:**

- 1. Ваш диагноз?**
- 2. Ошибка во время операции**
- 3. Диагноз после операции, тактика лечения**

**Ответы:**

1. Ущемленная бедренная грыжа
2. Не диагностировано ретроградное ущемление
3. Гангрена тонкой кишки, перитонит. Лапаротомия, резекция кишки

**Задача № 10**

У больной 65 лет 3 дня назад появились сильные боли в области пупочной грыжи, существующей около 6 лет. При поступлении состояние средней тяжести. Живот болезненный в области грыжи, грыжевое выпячивание размерами 12смх10 см болезненное, не вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок не проводится, кожа над грыжей гиперемирована, инфильтрирована. Температура тела 38,1 С, лейкоциты крови  $12,0 \times 10^9$  /л.

**Вопросы****1. Ваш диагноз****2 Особенности лечения****Ответы:**

1. Ущемленная пупочная грыжа флегмона грыжевого мешка
2. Лапаротомия, вскрытие флегмоны.

**ГОУ ВПО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА**

**Кафедра факультетской хирургии №2 лечебного факультета**

---

Составитель: доц. Моисеев А.Ю.

## **Рак желудка**

---

Методическое пособие для студентов старших курсов, интернов, ординаторов и  
практикующих врачей

Под редакцией проф. А.М. Шулутко, проф. В.И. Семикова

**МОСКВА 2010**

### **Необходимо знать**

Патологоанатомическая классификация по росту опухоли. Стадии рака. Клиническая классификация. Синдром «малых признаков». Осложнения (кровотечение, инфекция, пенетрация, перфорация). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Значение профилактических осмотров в ранней диагностике. Оперативное лечение: резекция желудка, гастрэктомия; расширение операции, паллиативная резекция желудка, эзофагогастростомия, гастростомия, еюностомия. Химиотерапия рака желудка.

### **Необходимо уметь**

1. Оценить характер рвоты (застой при кишечной непроходимости и стенозе выходного отдела желудка, «кофейная гуща» и т.д.).
2. Определить «шум плеска» при стенозе выходного отдела желудка.
3. Оценить характер отравлений при желудочно-кишечном кровотечении (мелена, «смородиновое желе» малоизменённая кровь.).
4. Посчитать индекс Альговера и оценить его значение.
5. Оценить рентгенологические и эндоскопические признаки нарушения эвакуации из желудка.
6. Интерпретировать в общих чертах заключение гистологического исследования биопсийного материала из желудка.
7. Составить послеоперационный диагноз при раке желудка в системе TNM и примерный прогноз в зависимости от её значений.

### **Необходимо владеть**

1. Русским языком.
2. Читаемым почерком.
3. Правильным написанием часто применяемых латинских терминов (anamnesis vitae et morbi, status praesens и т.д.).

## Содержание

Рак желудка (РЖ) является самой распространенной злокачественной опухолью пищеварительной системы, составляя 67,5% всех раковых заболеваний желудочно-кишечного тракта у мужчин и 64,5% - у женщин. Мужчины болеют РЖ несколько чаще, чем женщины – соответственно 54,5% и 45,5% (по данным В.Г.Рябцева, 1975). Частота РЖ, как у мужчин, так и у женщин увеличивается с возрастом, достигая пика к 70 годам.

**Эпидемиологическая статистика.** Смертность от РЖ в различных странах варьирует в очень больших пределах – от 57 на 100 000 населения (у мужчин) в Японии, до 7,2 на 100 000 населения в США. В России заболеваемость РЖ лишь немногим уступает таковой в Японии, колеблясь между 49 и 52 на 100 000 населения в различные годы. Интересные наблюдения были сделаны при изучении заболеваемости РЖ у разных поколений эмигрантов из Японии на Гавайские острова, где каждое их последующее поколение изменяло привычки и образ жизни предков, ассимилируясь с коренным населением. Первое поколение эмигрантов – Иссеи (1800-1900гг) имели почти такую же частоту РЖ, что и основная популяция японцев. У их детей, второго поколения эмигрантов (Ниссеи), заболеваемость РЖ была существенно ниже, чем у их родителей, но все же выше чем у жителей США. Их внуки - третья генерация японских эмигрантов (Сансеи), ставшие уже настоящими гавайцами, имеют такую же частоту РЖ, что и остальные американцы.

**Причины развития рака желудка.** Существенные различия частоты РЖ в различных странах и наблюдения за динамикой заболеваемости эмигрантов позволяют предположить, что образ жизни и, в частности, характер питания населения играют важную роль в развитии карциномы желудка. Анализируя набор пищевых продуктов, составляющих основную часть диеты в популяциях с высокой и низкой заболеваемостью РЖ (например в Японии и США), можно сделать самые общие предположения

относительно роли некоторых из них в развитии РЖ: крахмал, маринованные овощи и соленые мясо и рыба, с известной долей вероятности, способствуют возникновению опухолей желудка. Канцеропротекторами считаются: цельное молоко, свежие овощи, продукты с высоким содержанием витамина С и свежемороженые продукты.

Одним из постоянных свойств диеты у больных РЖ считается *повышенное употребление соли* (рис 3, табл.1). В США в 40х годах РЖ был наиболее частой злокачественной опухолью и смертность от него у мужчин составляла 22,5 на 100 000 человек. Уменьшение смертности до 7,2 на 100 000 населения к 1986 году совпадает с уменьшением смертности от цереброваскулярных заболеваний, что связывают с уменьшением употребления соли населением в результате активной разъяснительной пропаганды.

Другая предполагаемая причина РЖ – *нитраты* (соли азотной кислоты), которые широко применяют в пищевой промышленности для консервации мясных продуктов (азотистые селитры) и в сельском хозяйстве в качестве удобрений (мочевина, азотистые селитры, нитрофосфорные соединения). Попадая в желудок, под действием нитритформирующих бактерий, нитраты превращаются в нитриты (соли азотистой кислоты). Взаимодействуя с аминокислотами, нитриты образуют нитрозосоединения – нитрозамины, которые обладают канцерогенными свойствами.

Роль нитратов и нитритов в развитии РЖ подтверждается многими наблюдениями. Так, высокая концентрация нитратов в почве и в питьевой воде наблюдается в тех областях, где высока смертность от РЖ. У лиц с желудочной гипо- и ахлоргидрией отмечают повышенное содержание нитритформирующих бактерий в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, так же как и у больных пернициозной анемией и желудочной атрофией, которые считаются предраковыми заболеваниями. Сниженная кислотность желудочного сока, по всей вероятности, способствует колонизации желудка нитритформирующими бактериями. Повышенная

концентрация нитритов и нитрозаминов так же определяется у лиц, перенесших резекции желудка, у которых РЖ возникает в несколько раз чаще, чем у здоровых. Доказано более высокое содержание нитритов в желудочном соке у больных РЖ по сравнению с язвенниками и здоровыми людьми.

Известно, что низкая температура угнетает переход нитратов в нитриты. Поэтому снижение РЖ в США совпало с началом широкого использования холодильников с морозильными камерами и свежемороженых продуктов в послевоенный период.

В конце 70х годов большой интерес вызвало сообщение о способности некоторых лечебных препаратов, например циметидина, нитрозироваться в желудке животных в мутагенные соединения (Elder et al.,1979). Однако в желудке у людей, леченных циметидином, эти субстанции никогда прямо не обнаруживались и связь циметидина с РЖ остается гипотетичной.

**Генетические факторы и наследственность.** В 1953 году Айрд опубликовал исследование, согласно которому у пациентов с РЖ чаще всего встречается группа крови А(II). Позже это было подтверждено и другими наблюдениями, хотя вразумительного объяснения этому факту до сих пор не найдено.

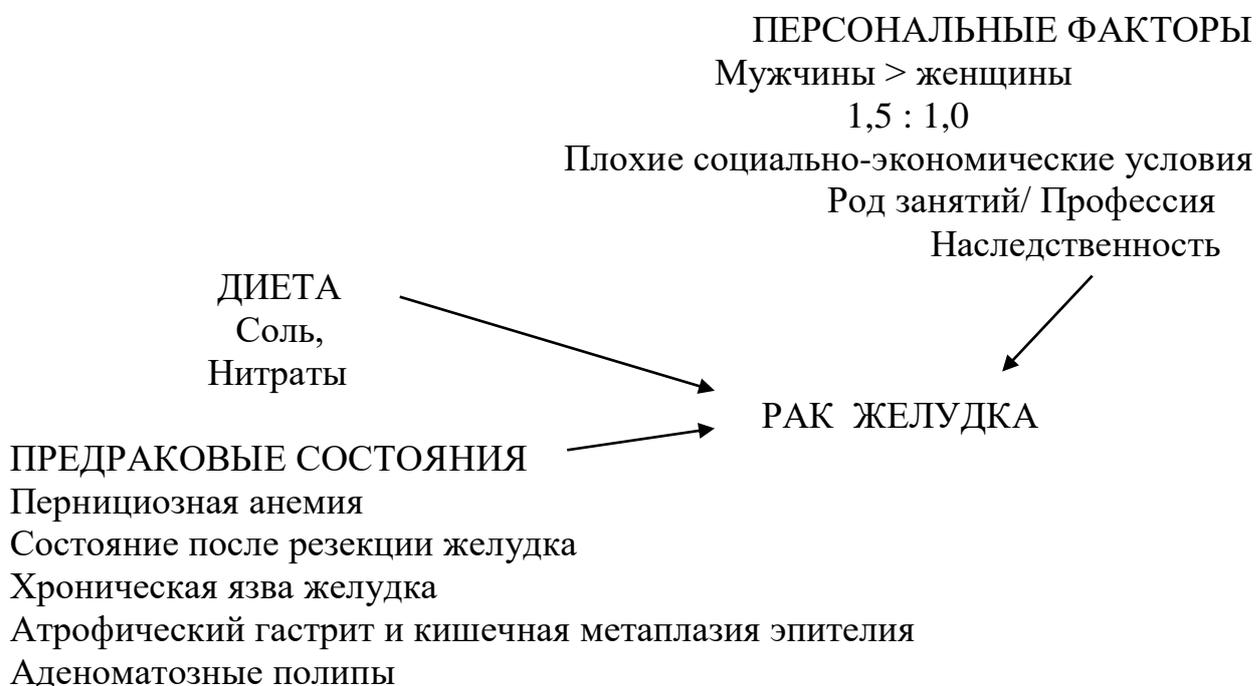
Лица, чьи родственники умерли от РЖ, имеют более высокую вероятность заболеть этой патологией, чем все остальные люди и должны быть отнесены в группу риска.

**Социальные факторы.** РЖ чаще встречается у лиц, проживающих в плохих социально-экономических условиях. Роль алкоголя и табака предполагается, но четко не доказана. Возможно, у алкоголиков возникает предрасположение к развитию опухоли вследствие изменения иммунной защиты и реактивности к токсическим влияниям, расстройств питания и развития цирротических изменений печени (Б.Е.Петерсон и В.И.Чиссов,1985)

**Профессиональные вредности.** Четко проследить зависимость развития РЖ от тех или иных профессиональных факторов трудно. Однако ряд профессий может считаться вредными по отношению к злокачественным опухолям желудка. Например рабочие цехов по переработке сырой резины, рабочие нефтеперерабатывающих предприятий рискуют заболеть РЖ и другими злокачественными опухолями (кожи, легких) существенно больше остальных людей (табл.1, рис.3).

Таблица 1.

### Факторы риска для рака желудка.



### Предраковые заболевания (табл.1, рис 4).

**Пернициозная анемия.** РЖ обнаруживают у 4-10% больных с пернициозной анемией (злокачественной анемией, болезнью Аддисона-Бирмера, Витамин В12 – дефицитной анемией). Это заболевание характеризуется врожденной неполноценностью железистого аппарата фундального отдела желудка, что проявляется преждевременной инволюцией желез, продуцирующих гастромукопротеин, необходимый для ассимиляции витамина В12. Для пернициозной анемии характерна выраженная атрофия

слизистой желудка, главным образом, в области дна. Здесь речь идет не об атрофическом гастрите, а о гастральной атрофии, возможно имеющей аутоиммунный генез. Частота РЖ, по данным А.В.Мельникова, при этом заболевании в 8 раз выше, чем у здоровых людей того же возраста, а Hitchcock с соавт.(1961) считают, что у больных пернициозной анемией РЖ бывает в 21,9 раза чаще, чем среди остального населения.

*Состояния после резекции желудка.* На больших сериях наблюдений частота РЖ у больных, перенесших резекции желудка по поводу язвы, отмечена в 3-16%. Рак развивается даже несмотря на то, что удалена наиболее частая область локализации карциномы – антральный отдел желудка. Установлено, что РЖ чаще возникает в культе желудка, резецированного по поводу язвы желудка, по сравнению с язвой двенадцатиперстной кишки. Большинство случаев развития РЖ описано спустя 15-20 лет после резекции.

*Хроническая язва желудка.* Связь между язвой желудка и раком – одна из наиболее противоречивых проблем в гастроэнтерологии. Дело в том, что 30-40 лет тому назад и раньше, язва желудка однозначно рассматривалась как предраковое заболевание и частота малигнизации язв, особенно верхних отделов желудка, в работах прежних лет (А.В.Мельников, М.И.Кузин) достигала 10-15%. За последние десятилетия эта точка зрения существенно изменилась. В настоящее время большинство авторов считает, что язва желудка крайне редко переходит в рак. В то же время, изъязвляясь, РЖ может выглядеть как язва и в тех случаях, когда рак находят в «хронической язве», предполагается, что первичный диагноз был ошибочным. Под влиянием консервативной противоязвенной терапии изъязвленная опухоль может достаточно быстро зажить. Поэтому эффект от медикаментозного лечения не может свидетельствовать в пользу диагноза хронической язвы желудка. Наряду с этим, нередко, при многократных биопсиях из разных участков по окружности язвы раковые клетки обнаруживают лишь в одном из биоптатов. Это может свидетельствовать о

наличии ограниченного участка малигнизации на краю язвенного дефекта. Очевидно, что хроническая язва желудка всё же может озлокачиваться, хотя и не так часто, как это считали раньше. Так что проблема «язва-рак» требует дальнейшего изучения. Во всяком случае, как показывает опыт, чем выше по желудку располагается изъязвление, тем чаще оно оказывается злокачественным. При этом язва двенадцатиперстной кишки почти никогда не превращается в рак.

***Атрофический гастрит и кишечная метаплазия.*** При этом заболевании число нормальных желез желудка уменьшается и на этом фоне часто развивается метаплазия покровного эпителия по кишечному типу. Появляются бокаловидные клетки, однослойный цилиндрический или призматический эпителий, исчезают желудочные ямки и поля. Хронический атрофический гастрит значительно чаще находят у японцев, чем у американцев и это совпадает у них со значительной разницей в частоте РЖ. М.Siurala (1981) при наблюдении в течение 20 лет за 116 больными с атрофическим гастритом обнаружил развитие РЖ у 10% из них, по сравнению с 0,6% у больных с поверхностными гастритами без атрофии за тот же срок. Р.А.Мельников считает наиболее опасным предраком т.н. «хронический ригидный антральный гастрит» с гипо- или ахлоргидрией и случаи полипозного гастрита., а Л.М.Шабад к наиболее вероятному предраку относит те формы хронического гастрита, которые сопровождаются неравномерно диффузными и очаговыми гиперпластическими изменениями с глубокой перестройкой слизистой.

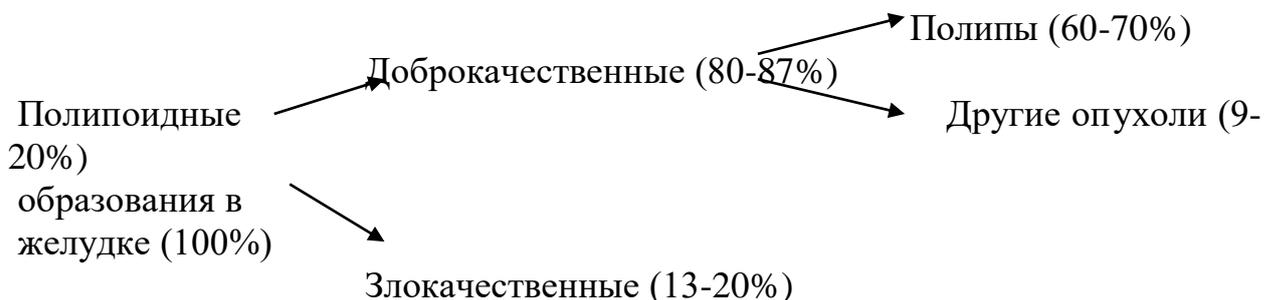
***Гипертрофическая гастропатия*** (гигантский гипертрофический гастрит, болезнь Менетрие). Симптоматика этого редко встречающегося заболевания включает проявления желудочной диспепсии (несварения желудка), похудание, периферические отеки, железодефицитную анемию и гипопропротеинемию. Характерна гастроскопическая картина – появление больших, иногда гигантских складок слизистой в теле желудка по большой кривизне и фундальном отделе, большое количество слизи в результате

резкой гиперплазии желудочных желез и слизьсекретирующих клеток. Проспективное наблюдение за больными с этой патологией показало, что оно осложняется РЖ у каждого десятого пациента.

**Полипы желудка.** Полипоидные (полиповидные) образования в желудке встречаются довольно часто, хотя и не столь часто, как в толстой кишке. Их обнаруживают в 0,4% всех вскрытий. Для сравнения - в толстой кишке полипы встречаются в 7-51% всех аутопсий. Если принять за 100% все полипоидные образования в желудке, то окажется, что истинными полипами, т.е. доброкачественными эпителиальными опухолями будут лишь 60-70% из них (таблица 2, рис 5). От 13 до 20% таких, на первый взгляд, доброкачественных новообразований на самом деле имеют злокачественный характер, что и выясняется после их биопсии.

Таблица 2

### Характер полипоидных образований в желудке



Среди полипов желудка различают гиперпластические, аденоматозные и гамартомные (полипы Пейтца-Егерса). Наибольшую опасность по отношению к РЖ представляют аденоматозные полипы. Возникновение рака из полипа, по данным различных авторов (Н.Н.Петров, А.В.Мельников, В.Х.Василенко) отмечается в 24,5 – 34,6% наблюдений. Наиболее часто малигнизированными оказываются полипы размерами более 2 см., локализующиеся в теле желудка, особенно множественные. Полипы на ножке относительно редко оказываются злокачественными, тогда как крупный полип на широком основании с высокой степенью вероятности может оказаться полипоидной карциномой. Особую опасность представляют

быстро увеличивающиеся и изъязвленные полипы у пожилых людей с ахлоргидрией. Особенно, если при биопсии у них обнаруживают атипичский пролиферирующий эпителий. Такие полипы требуют обязательного удаления (если технически возможно - эндоскопической электроэксцизии, если нет – гастротомии и/или резекции желудка) и тщательного гистологического исследования.

**Гистопатология.** По гистологическому строению РЖ в большинстве случаев является *аденокарциномой*, которая развивается из нормальных или метаплазированных клеток слизистых желез. В зависимости от различных клеточных и внеклеточных характеристик желудочная аденокарцинома имеет множество различных типов. Руководствуясь особенностями микроскопического строения, *Международная морфологическая классификация* (Histological Typing of Gastric and Oesophageal tumours № 18, 1977) Всемирной организации здравоохранения (WHO) различает следующие гистологические типы рака желудка: аденокарциному (тубулярную, папиллярную, муцинозную, перстневидно-клеточный рак), железисто-плоскоклеточный рак, плоскоклеточный, недифференцированный рак, неклассифицируемый рак (рис 6 ).

В классической отечественной патологоанатомической литературе приведены несколько иные названия и характеристики РЖ. Клетки *коллоидного или слизистого* РЖ имеют перстневидную форму (круглая капля слизи придает сдвинутому вбок ядру и протоплазме форму перстня). Этот вид рака обладает, как правило, диффузным ростом. *Мозговидный* РЖ – низкодифференцированный рак со слабо развитой стромой. При *солидном* раке, наоборот, строма хорошо развита. Довольно частой формой РЖ является фиброзный рак или скирр, обладающий диффузным характером роста. Изредка встречается *плоскоклеточный* РЖ, являющийся следствием метаплазии железистого эпителия желудка в плоский. Иногда в аденокарциноме наблюдается переход в плоскоклеточный рак.

Аденокарциномы разделяют так же по степени дифференцировки *на хорошо-, средне- и малодифференцированные* опухоли.

Все эти различные клеточные типы и степени дифференцировки могут иметь место в одной опухоли и изменяться со временем. Для корреляции этих различных типов с прогнозом предложены классификации, отражающие биологическое поведение и характер роста опухоли (Лорен, Минг). Лорен разделил РЖ на интестинальные и диффузные формы. *Интестинальный* тип – это железистая опухоль, напоминающая толстокишечную карциному, а *диффузный* тип состоит из одиночных клеток или небольших клеточных скоплений без образования железистых структур. Согласно классификации Минга, все желудочные карциномы делятся на растущие или распространяющиеся и инфильтрирующие, что в целом соответствует разделению Лорена на кишечную и диффузную. *Растущий, распространяющийся* тип характеризуется группами клеток, которые сохраняют свои связи и растут, отдавливая в сторону другие клетки, т.е. путем экспансии (расширения). *Инфильтративный* тип, наоборот, характеризуется глубокой и широкой инвазией (инфильтрацией), проникновением отдельных раковых клеток в неизменные тканевые структуры. Интестинальный или экспансивный тип опухоли связан с более благоприятным прогнозом, чем диффузный или инфильтративный. Последний чаще отмечается у молодых лиц с отягощенной наследственностью.

**Локализация РЖ.** Рак может возникнуть в любом отделе желудка. Более, чем в половине случаев опухоль располагается в пилоро-антральном отделе (50-60%). Часто (25-27%) встречается рак области малой кривизны, значительно реже – в области свода и большой кривизны желудка, а так же его передней и задней стенок. Изредка (2%) встречается мультицентричный рост РЖ (первично-множественный рак). К раку проксимального отдела желудка относят опухоли, располагающиеся на разном расстоянии от

пищевода, но в конечном итоге поражающие и его: рак кардии, субкардии, дна желудка.

**Рак кардии** – опухоль, развивающаяся на участке слизистой оболочки желудка тотчас ниже границы перехода пищевода в желудок. На кардиальный отдел желудка нередко переходит рак кардиального отдела пищевода. Визуально различить эти две формы рака нелегко, но гистологически рак пищевода, распространяющийся на желудок, имеет характер плоскоклеточного (эпидермоидного), а рак кардии желудка является аденокарциномой.

**Рак субкардии** – это по сути высокий рак тела желудка, который рано или поздно переходит на пищевод. Он поражает малую кривизну желудка и, нередко, его заднюю стенку на участке, граничащим с кардиальным отделом вверху и отделенным от тела желудка условной линией, проходящей от ворот селезенки к точке на границе верхней и средней трети малой кривизны желудка.

**Рак дна желудка** встречается редко. Он распространяется по большой кривизне от купола желудка до уровня ворот селезенки

**Клинико-анатомические формы** (рис 7). Согласно классификации А.И.Абрикосова и А.И.Струкова, а так же сходной с ней классификации R. Borrmann(1926), по макроскопическому виду опухоли выделяют *узловой* (полипозный, грибовидный, в виде цветной капусты) рак – Боррман I, *изъязвленный* (блюдецобразный) рак – Боррман II, *малигнизированную язву* («язва-рак», язвенно-инфильтративный рак) – Боррман III, и *диффузный или диффузно-инфильтративный рак* – Боррман IV. Диффузным ростом обладает, главным образом, фиброзный рак (скирр). Начинаясь обычно вблизи привратника, он может распространяться на весь пилорический отдел и на тело желудка, сморщивает и уменьшает пораженные отделы и может изъязвляться. Старое название диффузного рака желудка, которое ещё можно иногда встретить в литературе – *пластический лимит* – *linitis plastica carcinomatosa* (от греч. linon – лен, материя сотканная из нитей).

**Понятие «раннего рака» желудка (рис 8).** К *раннему раку* желудка относятся опухоли, не прорастающие желудочную стенку глубже слизистого и подслизистого слоев. Все более глубоко растущие злокачественные опухоли считаются далеко зашедшим или продвинутым раком (advanced cancer).

Существует точка зрения, что ранний и далеко зашедший раки желудка – это не стадии одного процесса, а разные по своему характеру заболевания. Далеко зашедший рак – более агрессивен, более инвазивен и редко диагностируется на курабельной стадии. Тем не менее, известны наблюдения за больными, которые отказались от операции в ранней стадии РЖ и которых продолжали контролировать гастроскопически. Это подтвердило концепцию стадийности РЖ и возможности перехода раннего рака в далеко зашедшую форму.

В отечественной литературе встречается понятие «*малый рак*». Так называют опухоли желудка размерами не более 2см по максимальному диаметру. Весьма часто «малый рак» является ранним раком, однако эти понятия не тождественны. Описаны случаи, когда малая по своим размерам опухоль глубоко прорастала стенку желудка и не могла считаться ранним раком, и, наоборот, встречаются пациенты, у которых поверхностно расположенная опухоль имела значительные размеры, превышающие критерии «малого рака».

**Классификация TNM и стадии РЖ.** В основу международной классификации РЖ по стадиям положены четыре критерия: первичная опухоль – tumor (T), регионарные лимфатические узлы – nodulus (N) и отдаленные метастазы – metastasis (M), глубина проникновения опухоли – penetrate (P). Последний критерий устанавливается при гистологическом исследовании резецированного желудка. С момента своего создания Международным противораковым союзом в 1965 году TNM классификация РЖ неоднократно подвергалась пересмотру. Здесь мы приводим её последнюю версию, принятую в 1997 году (таблицы 3 и 4, рис 10 -12).

Таблица 3.

### Международная классификация рака желудка по системе TNM (1997г.) Первичная опухоль (T=PT)

**T<sub>0</sub>** - Первичная опухоль не определяется

**T<sub>x</sub>** – недостаточно данных для оценки первичной опухоли

**T<sub>is</sub>** – carcinoma in situ, интраэпителиальная опухоль без инвазии собственной пластинки слизистой оболочки

**T<sub>1</sub>** – опухоль инфильтрирует собственную пластинку слизистой или подслизистый слой

**T<sub>2</sub>** – опухоль инфильтрирует мышечный слой или субсерозную оболочку

**T<sub>3</sub>** – опухоль прорастает серозную оболочку (висцеральную брюшину) без инвазии в соседние структуры

**T<sub>4</sub>** – опухоль распространяется на соседние структуры

**Примечание:** 1. Опухоль может прорасти мышечный слой, вовлекая желудочно-толстокишечную и желудочно-печеночную связки, большой и малый сальник без прорастания висцеральной брюшины, покрывающей эти структуры. В таком случае опухоль классифицируют как T<sub>2</sub>. Если имеется инфильтрация висцеральной брюшины, покрывающей связки желудка или сальника, то опухоль классифицируют как T<sub>3</sub>.

2. Соседними структурами для желудка являются селезенка, поперечно-ободочная кишка, печень, диафрагма, поджелудочная железа, брюшная стенка, надпочечники, почки, тонкая кишка, забрюшинная клетчатка.

3. Внутристеночное распространение на двенадцатиперстную кишку или пищевод классифицируют по наибольшей глубине инвазии.

### Регионарные лимфатические узлы (N).

Регионарными являются л\узлы, расположенные вдоль малой и большой кривизны, а так же вдоль левой желудочной, общей печеночной, селезеночной и чревной артерий, гепатодуоденальные узлы. Поражение других внутрибрюшных лимфоузлов, таких как ретропанкреатические,

мезентериальные и парааортальные классифицируются как отдаленные метастазы.

**Nx** – регионарные лимфатические узлы не определяются

**No** – нет признаков метастатического поражения регионарных л\узлов

**N1** – метастазами поражены от 1 до 6 лимфатических узлов

**N2** – метастазами поражены от 7 до 15 лимфатических узлов

**N3** – метастазы обнаруживаются в более чем 15 лимфатических узлах

Отдаленные метастазы

**Mx** – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

**M0** – нет признаков отдаленных метастазов

**M1** – имеются отдаленные метастазы (лимфогенные или гематогенные)

Лимфогенным путем РЖ распро- страняется по брюшине (милиарный карциноматоз брюшины), в забрюшинные (парааортальные), брыжжеечные, ретропанкреатические, средостенные, шейные, надключичные (метастаз Вирхова) лимфатические узлы. Из забрюшинных узлов ретроградно по лимфатическим путям образуются раковые метастазы в яичниках (метастазы Крукенберга). Гематогенным путем РЖ чаще всего метастазирует в печень, легкие, мозг, кости, почки, надпочечники и др.органы. Метастаз РЖ, расположенный в клетчатке малого таза между мочевым пузырем (или маткой) и прямой кишкой, носит название метастаза Шнитцлера.

Поскольку ни глубину прорастания опухоли в стенку желудка, ни поражение регионарных лимфатических узлов перед операцией, да и во время неё, точно определить невозможно, установление стадии РЖ по критериям TNM в настоящее время реально лишь после морфологического исследования резецированного операционного материала.

**Таблица 4. Стадии рака желудка**

<b>Стадия</b>		<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
<b>Стадия 0</b>		Tis	N0	M0
<b>Стадия 1</b>	<b>A</b>	T1	N0	M0
	<b>B</b>	T1 T2	N1 N0	M0 M0
<b>Стадия 2</b>		T1 T2 T3	N2 N1 N0	M0 M0 M0
<b>Стадия 3</b>	<b>A</b>	T2	N2	M0
		T3	N1	M0
		T4	N0	M0
	<b>B</b>	T3	N2	M0
<b>Стадия 4</b>		T4 T1-3 Тлюбое	N1-3 N3 Нлюбое	M0 M0 M1

**Клиническая симптоматика.** РЖ может длительное время протекать латентно и не проявляться никакими клиническими признаками. Симптоматика РЖ в начале болезни зависит от тех предраковых заболеваний, на фоне которых он развивается. Как отмечал А.И.Савицкий (1947), основными трудностями ранней диагностики РЖ являются (рис.13): 1) скрытое течение начальных форм его и 2) присущее раку свойство маскироваться на ранних стадиях развития картиной доброкачественных поражений желудка воспалительного или функционального характера. Большинство больных РЖ обращается к врачу на стадии далеко зашедшей опухоли, нередко с обширными метастазами. Почти все т.н. «ранние» симптомы рака либо не являются специфическими для РЖ, либо не могут считаться действительно ранними (таблица 5, рис 14).

**Таблица 5 Первые проявления рака желудка (по К. Ariga, 1966)**  
**Клинические проявления** **Частота в %**

Боль в эпигастрии	50
Желудочный дискомфорт	25
Кровавая рвота (гематомезис) или мелена	10
Тошнота, изжога, отрыжка	8
Дисфагия, рвота	5
Похудание, утомляемость	5
Понос	2
Отсутствие жалоб	10

**Боли в животе** – частый симптом РЖ, однако они возникают, как правило, при изъязвлении или распаде опухоли, т.е. почти всегда в далеко зашедшей стадии. Понятие «желудочный дискомфорт» требует расшифровки. В него входят неприятные ощущения в эпигастральной области, чувство быстрой насыщаемости, тяжести и переполненности в желудке («камень в желудке»). Многие больные отмечают *нарушения аппетита*, доходящие до полного отвращения к пище, особенно мясной. Часто после еды возникает *отрыжка, чувство тошноты*. Последняя может отмечаться и по утрам, натощак. Появление *рвоты* съеденной пищей свидетельствует о нарушении эвакуации из желудка и чаще отмечается при раках пилорического отдела, в то время как *дисфагия* – симптом рака кардиального отдела желудка. Оба эти симптома - признаки далеко зашедшего рака. *Кровь в рвотных массах* и другие признаки желудочного кровотечения появляются при распаде или изъязвлении опухоли, как правило, возникая на поздних стадиях, хотя даже массивное желудочное кровотечение может быть первым симптомом опухоли, с которым больной попадает к врачу.

При РЖ больные могут жаловаться на вздутие кишечника после еды, поносы и/или запоры, что является проявлением сопутствующего РЖ атрофического гастрита с ахлоргидрией. Довольно часто при РЖ первыми проявлениями бывают не диспептические или болевые синдромы, а расстройства общего характера, нарастающие во времени –

немотивированная слабость, повышенная утомляемость, потеря работоспособности, раздражительность, вспыльчивость. В.Х.Василенко с соавт.(1977) выделяют следующие клинические формы РЖ в зависимости от преобладания того или иного симптома (рис.15): 1) лихорадочная, 2) анемическая, 3) кахектическая, 4) диспептическая, 5) желтушная, 6) судорожная (при раковом стенозе привратника, сопровождающимся частой рвотой с развитием алкалоза и судорожного синдрома), 7) отечная, 8) геморрагическая, 9) кишечная (с преобладанием кишечных симптомов). Все эти симптомы – признаки далеко зашедшей опухоли, её метастазов или раковой интоксикации и никак не могут считаться ранними.

Таким образом, мы не можем назвать ни одного симптома, который был бы патогномоничным для РЖ на действительно ранней стадии. «Ранний рак» желудка – это поистинне доклиническое понятие.

**Диагностика РЖ.** Карцинома желудка – болезнь вполне излечимая, если она своевременно распознана. Это «если» – самый слабый пункт в борьбе со злокачественными опухолями. Ежегодно многие десятки тысяч людей погибают от РЖ главным образом вследствие поздней диагностики. Трудности своевременного выявления этой болезни обусловлены многими причинами, которые, по мнению В.Х.Василенко, можно свести к четырем главным (рис 13):

Скрытый, т.е. доклинический период болезни весьма длителен – не менее нескольких месяцев. Больной нередко впервые обращается к врачу на далеко зашедшей стадии заболевания. Диагноз при этом ставят без труда, но вместе с ним выносят и приговор;

Поздняя обращаемость к врачу больных вследствие невнимания к своему здоровью. Такое опоздание в среднем составляет около 6 месяцев;

Врач либо неправильно оценивает симптомы и потому длительно наблюдает больного, либо недостаточно владеет методами быстрой и точной диагностики. Интервал между появлением симптомов болезни и

установлением окончательного диагноза при раке желудка по самым большим статистикам составляет в среднем 9-12 месяцев;

Отсутствие диспансеризации широких слоев населения и профилактического обследования групп риска.

Учитывая вышесказанное, становится понятным, какое важное значение в диагностике РЖ принадлежит инструментальным методам – рентгенологическому исследованию и эндоскопии.

***Рентгенологическая диагностика*** До появления и внедрения в клиническую практику гибких стекловолоконных эндоскопов рентгенологическое исследование играло главную роль в диагностике РЖ. Основным рентгенологическим методом являлась контрастная рентгеноскопия желудка – весьма сложный и тонкий метод.

Первым рентгенологическим симптомом РЖ обычно является локальное утолщение или перерыв складок слизистой оболочки желудка. При небольших плоских или слегка приподнятых опухолях можно увидеть утолщенный участок слизистой, лишенный перистальтики с феноменом «ступеньки» по краю него. Полиповидные раки и более крупные опухоли с экзофитным ростом выглядят как дефект наполнения различных размеров и формы на контуре желудка. Изъязвленные раки имеют вид плоских ниш, вытянутых вдоль желудка, или типичных округлых язвенных ниш, окруженных зоной инфильтрации и даже с конвергенцией складок слизистой. При инфильтративном, диффузном росте опухоли отмечаются различной формы деформации желудочной стенки и самого желудка – желудок в форме рога, трубки, песочных часов, каскадный желудок. Во всех случаях отмечаются локальные или диффузные нарушения перистальтики желудка.

Рентгенолог, занимающийся болезнями желудка, должен владеть искусством специальной рентгенологической компрессии и пальпации. Разрешающие возможности рентгенологического исследования желудка целиком зависят от опыта и оснащенности врача-рентгенолога. Высокие профессионалы в этой области, используя высококачественную

рентгеновскую аппаратуру, могут обнаружить очень маленькие, до 1-2 мм диаметром, новообразования в желудке и подробно изучить его двигательную функцию, выявив даже незначительные расстройства желудочной моторики. К сожалению, таких специалистов становится всё меньше и меньше.

Перспективной при массовых обследованиях населения зарекомендовала себя методика крупнокадровой флюорографии желудка в нескольких проекциях. Однако стоимость аппаратуры и расходных материалов при ней весьма высока. Кроме того, рентгенологическое исследование, как его ни проводи – это косвенный метод и он позволяет обнаружить лишь тень патологии, не будучи в состоянии верифицировать её. В настоящее время, бесспорно, на первое место в диагностике заболеваний желудка вышло эндоскопическое исследование – фибро- и видеогастроскопия.

**Эндоскопическая диагностика** (рис 17). Показаниями к гастроскопии являются практически все заболевания желудка, особенно те, где необходимо исключить рак. Современные видеоэндоскопические системы обладают колоссальными разрешающими возможностями и позволяют рассматривать желудочную слизистую под значительным увеличением. Главным преимуществом эндоскопического и, особенно, современного видеоэндоскопического исследования является возможность оценить тонкие изменения цвета, толщины, структуры слизистой оболочки желудка, характера складок, перистальтики желудочной стенки и выполнить визуально контролируемую биопсию всех подозрительных участков. Это позволяет установить диагноз рака на самой ранней, доклинической стадии.

С помощью специальных методик и без того широкие диагностические возможности гастроскопии ещё больше расширяются. Использование витальных (прижизненных) красителей во время *хромогастроскопии* придает дополнительные возможности этому методу диагностики, позволяя выявлять участки кишечной метаплазии, на которых

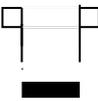
задерживается введенная краска. *Фотодинамическая диагностика* с применением специальных препаратов (фотосенсибилизаторов или фотосенситайзеров), способных избирательно накапливаться в ткани злокачественных опухолей и вызывать их флюоресценцию в лучах монохроматических лазерных источников света, используется в настоящее время для выявления опухолей, невидимых невооруженным глазом. Существуют эндоскопы с многократным увеличением, позволяющие выполнять *прижизненную эндомикроскопию* внутрижелудочных образований и судить о характере изменения эпителиального покрова слизистой. Созданы специальные *ультразвуковые эндоскопы* и зонды для выявления экстрагастральных образований и определения глубины прорастания опухоли стенки желудка.

Главным недостатком современной гастроскопии являются неприятные ощущения больных, связанные с необходимостью проглотить тубус эндоскопа и в течение некоторого времени терпеть наличие трубки в горле. Этого можно избежать, если выполнять исследование под наркозом или с хорошей премедикацией (Деприван, Дормикум). Разработаны и уже апробированы автономные видеокапсулы, которые больной проглатывает и которые передают изображение слизистой желудка и кишечника на экран видеомонитора. В последующем они выводятся из организма естественным путем. Применение таких капсул пока ограничивает их высокая цена и неуправляемость.

Эндоскопическая картина раннего РЖ. В основу эндоскопической классификации раннего рака японскими авторами положены различия в характере и направлении роста опухоли. Согласно такой классификации ранние раки желудка могут быть приподнятыми, поверхностными и подрывными (таблица 6, рис 9). В зависимости от формы роста ранний РЖ может выглядеть как небольшое возвышение, напоминающее полип, иметь плоскую форму бляшки или быть изъязвленным в виде маленькой язвы.

Такие язвы могут эпителизироваться под влиянием лечения и тогда раковые клетки могут быть обнаружены в типичном звездчатом рубце (рис 17).

**Таблица 6. Эндоскопическая классификация «раннего» рака желудка.**

Тип I Выступающий тип	
Тип II Поверхностный тип	
А. Поверхностный приподнятый	
В. Поверхностный плоский	
С. Поверхностный углубленный	
Тип III Подрытый	

Эндоскопическая дифференциальная диагностика. Трудности возникают при дифференциальной диагностике ранних форм РЖ и доброкачественных новообразований – *полипов*. Внешне они очень похожи и определить характер полиповидного образования без гистологического исследования невозможно. Но дело в том, что биопсия, выполненная с поверхности полипа не отражает изменений в его теле и основании. Поэтому все полиповидные (полиповидные) образования подлежат удалению с помощью электрокоагуляционной петли и тока высокой частоты и тотальному морфологическому изучению. При множественных полипах электроэксцизию начинают с наиболее крупных, в которых вероятность развития рака максимальна.

Ещё сложнее дифференциальная диагностика изъязвленного рака и *язвы желудка*. Сказать «на глаз» в каком участке стенки язвы могут быть злокачественные клетки практически невозможно. Поэтому рекомендуют выполнять множественные биопсии из разных участков по краю язвы (биопсия в области дна язвы малоинформативна из-за наличия некротического детрита и опасна из-за возможности кровотечения). Таких биопсий нужно выполнить не менее пяти. Только тогда можно быть более

или менее уверенным в доброкачественности изъязвления. Существует четкая закономерность: чем выше по желудку находится язва, тем больше вероятность её злокачественного характера. Даже рубец на месте зажившей язвы желудка не исключает наличия рака и требует обязательной биопсии, ибо первично изъязвленные раки могут рубцеваться под влиянием противоязвенной терапии.

Весьма непросто отличить диффузно растущий рак антрального отдела от т.н. *ригидного антрального гастрита*. В обоих случаях обращает на себя внимание отсутствие перистальтики в антральном отделе желудка, изменение его складчатости, инфильтративное утолщение слизистой. Решают вопрос повторные биопсии, выполненные ступенчатым образом (каждая последующая биопсия выполняется в месте предыдущей, углубляясь в толщу стенки желудка). Такие биопсии позволяют верифицировать рак даже в случае его подслизистого роста.

***Дополнительные методы исследования.*** После установления диагноза РЖ необходимо определить его операбельность. Истинные границы опухоли и распространение рака по лимфатической системе не всегда возможно уточнить не только в предоперационном периоде, но даже во время операции. Ответ на этот вопрос может дать только морфолог, производящий исследование резецированного желудка, удаленных вместе с ним тканей и регионарных лимфатических узлов. Однако и до операции можно выявить признаки неоперабельности. При *общеклиническом обследовании* можно выявить отдаленные метастазы (метастаз Вирхова, метастаз в область пупка, метастаз Шницлера, метастаз Крукенберга у женщин, увеличенную печень с плотным бугристым краем, асцит, плевральный выпот. Признаки метастазов в печень и поджелудочную железу помогает выявить *ультразвуковое сканирование и КТ*, а для определения перехода РЖ на соседние органы и распространение его по брюшине можно перед операцией выполнить *диагностическую лапароскопию*.

**Лечение РЖ.** В настоящее время основным методом лечения РЖ, как раннего, так и далеко зашедшего, является *хирургическая операция*.

Первым успешную резекцию желудка по поводу рака выполнил профессор хирургической клиники в Вене Теодор Бильрот в 1881 году (рис 18). С этой даты началось быстрое развитие желудочной хирургии. Бильрот предложил два способа резекции желудка: наложение анастомоза между остающимися отделами конец-в-конец (Бильрот I) и ушивание культи желудка и двенадцатиперстной кишки с наложением анастомоза между желудком и начальной петлей тощей кишки бок-в-бок (Бильрот II). Дальнейшие модификации этих операций связаны с именами таких известных хирургов первой половины 20 века, как Кохер, Гофмейстер, Финстерер, Ру, Хаберер и др.

Вопрос об объеме операции при РЖ до настоящего времени однозначно не решен (рис 19). По мнению одних хирургов, методом выбора является субтотальная резекция желудка с обязательным удалением регионарных лимфатических узлов единым блоком. Другие считают возможным выполнение экономных резекций, но с лимфаденодиссекцией в максимальном объеме, третьи допускают возможность обширных комбинированных операций с удалением соседних с желудком органов при распространении на них рака. Трудность в выработке рациональной хирургической тактики у каждого конкретного больного заключается в том, что до настоящего времени нет точного метода интраоперационного определения распространенности опухоли как по желудку, так и по лимфатическим путям. Экспресс-методы исследования биоптатов, взятых во время операции, не всегда точны и значительно увеличивают продолжительность операции. Размеры опухоли не могут считаться критерием, так как даже при малых раках встречаются не только регионарные, но и отдалённые метастазы.

Наиболее часто выполняемыми при РЖ радикальными операциями являются: 1) *Дистальная субтотальная резекция желудка* – удаление

большой части желудка с большим и малым сальником и оставлением кардиальной части и купола с небольшим участком большой кривизны (при раке выходного отдела желудка); анастомоз между культей желудка и двенадцатиперстной кишкой;

2) *Проксимальная субтотальная резекция желудка* – то же, но с оставлением части пилорического отдела (при раке проксимальной части желудка); анастомоз между пищеводом и культей желудка);

3) *Тотальная гастрэктомия* – удаление всего желудка с большим и малым сальником, желудочными связками и прилегающими к желудку участками двенадцатиперстной кишки и пищевода, (при поражении большей части желудка и высокой локализации рака, а так же при диффузном росте раковых опухолей); эзофагоэноанастомоз.

При любой из этих операций с онкологической точки зрения целесообразно выполнение *лимфаденодиссекции* – максимально возможное удаление регионарных лимфатических узлов по ходу левой желудочной, селезеночной, кишечной (а.селиака) и общей печёночной артерий

Объем операции при ранних РЖ определяется в зависимости от локализации опухоли и опыта хирурга.

*Противопоказаниями* к радикальной операции при РЖ по мнению большинства хирургов и онкологов, являются: чрезмерное распространение опухоли за пределами желудка (переход на поджелудочную железу, печень, забрюшинную клетчатку), метастазы в отдаленные органы, диссеминация рака по брюшине или тяжелое состояние больного, вызванное серьезными сопутствующими заболеваниями или преклонным возрастом. В этих случаях возможно выполнение той или иной паллиативной операции, направленной на сохранение нарушенного пассажа пищи по пораженному желудку или предупреждении осложнений: кровотечения, перфорации, непроходимости.

Самым частым паллиативным вмешательством является *гастроэнтеростомия*, предпринимаемая для ликвидации или предупреждения непроходимости выходного отдела желудка. При сужении

или закрытии входа в желудок накладывают *эзофагогастростомию* или вводят трубку для питания непосредственно в желудок через *гастростому*. При тотальном поражении желудка приходится прибегать к *еюностомии*. При кровотечении из распадающейся опухоли или опасности перфорации возможно выполнение *паллиативной резекции желудка*.

В послеоперационном периоде у больных РЖ возможно проведение *химиотерапии* современными противоопухолевыми препаратами, что наиболее показано при низкодифференцированных опухолях.

***Отдаленные результаты хирургического лечения.*** По данным G.Davis (1983), подвергнувшего анализу результаты нескольких крупных серий наблюдений в США, хирургическое вмешательство выполняется у 86 из каждых 100 человек с диагностированным РЖ (рис 20). Из них у 41 пациента операция оказывается паллиативной или носит диагностический характер. 10 человек из этой группы погибают в послеоперационном периоде от различных осложнений. Из 31 больного, перенесшего вмешательство, через 5 лет в живых не остается никого. У 45 из 86 оперированных больных (чуть больше половины) удается выполнить радикальную операцию. Из них 5 человек погибают от послеоперационных осложнений. Из 40 пациентов, перенесших операцию, спустя пять лет продолжают жить 10 человек. Таким образом, 5-летняя выживаемость при хирургическом лечении РЖ составляет лишь 10%.

А каковы результаты хирургического лечения раннего РЖ? В 1976 году Т.Takasugi с оавт. были опубликованы результаты хирургического лечения 732 больных с гистологически доказанным ранним раком желудка (рис 21). В течение 5 лет после операции прожили 715 человек (97,7%), а спустя 10 и 15 лет - 705 человек (96,4%). Несколько менее впечатляющими, но всё же очень высокими являются результаты другой серии наблюдений японских авторов (Т.Iwanaga et al.,1979): из 510 оперированных больных ранним РЖ 5-летний барьер выживаемости преодолели 457 человек (89,6%), а 10-летний – 370 больных (72,6%).

Таким образом, раннее выявление опухоли служит ключом к улучшению результатов лечения РЖ.

**Методы раннего выявления РЖ.** Опыт последних десятилетий показывает, что наиболее эффективным средством диагностики РЖ на начальных стадиях является выявление среди условно здорового населения «групп риска» по РЖ (путём анкетирования и опроса) и обследование их с помощью современных рентгенологических и эндоскопических методов, а так же активное выявление, обследование и лечение больных предраковыми заболеваниями желудка (рис 22). Существенную помощь в раннем выявлении онкологических заболеваний могли бы оказать т.н. скрининговые методы исследования (screening – просеивание, отсев, отбор), которые можно выполнять массово, среди широких контингентов населения или в больших по объему группах риска. В настоящее время к скрининговым методикам по РЖ можно отнести только крупнокадровую флюорографию желудка, да и то лишь условно, в связи с высокой её стоимостью.

В последние десятилетия активно ведутся поиски специфических раковых маркеров. Маркеры – гликопротеиды с антигенными свойствами часто обнаруживаются в тканях и жидкостях плодов, но потом они исчезают и появляются лишь при развитии опухолевых процессов. Они являются признаком дедифференциации тканей с возвратом к эмбриональному состоянию, что особенно характерно при низкодифференцированных опухолях. Онкофетальные антигены могут служить признаком появления злокачественной опухоли и ранних предраковых изменений.

К ним относится *карциноэмбриональный антиген (КЭА)*. Его обнаруживают в крови у 4-5% и в желудочном соке у 50% больных ранним раком желудка. Однако его нельзя считать строго специфическим для РЖ, т.к. он определяется и у больных раком толстой кишки. Для массового скрининга используют *фетальный сульфогликопротеиновый антиген (ФСА)*. При РЖ его обнаруживают в 90-95% наблюдений. При обследовании группы в 30.000 человек в США у 22 из 23 с положительным ФСА в содержимом

желудка был обнаружен рак, а у 8 с отрицательной реакцией в дальнейшем так же была выявлена карцинома желудка. Чувствительность метода составила 92%, а специфичность – 73%. Трудности скрининга заключались в необходимости получения у обследуемых порции желудочного сока, для чего требовалось зондирование желудка.

К сожалению в нашей стране широкомасштабные профилактические обследования на предмет выявления раннего рака в настоящее время вряд ли возможны из-за определенных социальных и экономических причин.

#### **Основные источники информации:**

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни»: М. Медицина, 1995, стр.337 - 407. (Желудок и двенадцатиперстная кишка).
2. В.С. Савельев, А.М. Шулутко и др. «Тесты и ситуационные задачи для программированного обучения по хирургическим болезням». М.1991г. стр. 87 – 103.
3. В.С. Савельев, А.М. Шулутко и др. «Типовые тестовые задания и ситуационные задачи по хирургическим болезням для программированного обучения и контроля знаний студентов высших медицинских учебных заведений». М.2005.стр.124 - 144

#### **Дополнительные источники информации:**

1. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М.1955.
2. Р.М.Евтихов, М.Е.Путин, А.М.Шулутко «Клиническая хирургия» М. «ГЕОТАР-Медиа», 2005.стр. 427 – 465. – язвенная болезнь желудка и 12 – перстной кишки.

## Задачи.

### Задача №1.

1. Больной 70 лет жалуется на дисфагию, которая возникла на фоне полного благополучия и монотонно прогрессирует в течение последних двух месяцев. При рентгеноскопии барий после некоторой задержки над кардией тонкой струей поступает в желудок.

Наиболее вероятный диагноз?

- А. Рак кардии.
  - Б. Рак пищевода.
  - В. Кардиоспазм.
  - Г. Пептическая стриктура пищевода.
  - Д. Пищевод Баррета.
2. Какое исследование следует предпринять в первую очередь для подтверждения диагноза?
    - А. Гастроскопия с биопсией.
    - Б. Томография.
    - В. УЗИ.
    - Г. Лапароскопия.
    - Д. рН-метрия.
  3. Какая морфологическая картина будет, скорее всего, соответствовать Вашему диагнозу?
    - А. Кишечная метаплазия.
    - Б. Эпидермоидная карцинома.
    - В. Саркома.
    - Г. Воспаление.
    - Д. Аденокарцинома.
  4. Оптимальное вмешательство?
    - А. Бужирование.
    - Б. Пневмокардиодилатация.
    - В. Гстростомия.
    - Г. Резекция желудка.
    - Д. Гастрэктомия или проксимальная резекция желудка.

Задача №2.

1. Больной 60 лет жалуется на чувство тяжести в эпигастрии, особенно после еды, рвоту съеденной пищей без примеси желчи, приносящую некоторое улучшение. Похудела на 5кг. При гастроскопии остатки пищи в желудке, выходной отдел которого обтурирован изъязвленной опухолью. Следующий диагностический шаг?

- А. рН-метрия.
- Б. Тест на геликобактер.
- В. Манометрия.
- Г. Хромогастроскопия.
- Д. Биопсия.

2. Какая гистологическая картина будет, скорее всего, в случае предполагаемого Вами диагноза?

- А. Саркома.
- Б. Периульцерзное воспаление.
- В. Аденокарцинома.**
- Г. Эпидермоидная карцинома.
- Д. Энтеролизация.

3. С какой терапии следует начать?

- А. Коррекция волевических расстройств.**
- Б. Н2-блокаторы.
- В. Омепрозол.
- Г. Гастропротекторы.
- Д. Эрадикация геликобактера.

4. Какое окончательное вмешательство показано в данном случае?

- А. Лучевая терапия.
- Б. Химиотерапия.
- В. Фотодинамическая терапия.
- Г. Гастростомия.
- Д. Резекция желудка.

Задача №3.

1. Больному 60 лет, 15 лет назад перенёс резекцию желудка по Бильрот-II по поводу язвы желудка. Последние годы отмечает явления желудочного дискомфорта, иногда тошноту и рвоту с примесью желчи, не приносящую облегчения. Наиболее вероятный диагноз?
  - А. Билиарный рефлюкс-гастрит культи.
  - Б. Синдром приводящей петли.
  - В. Стеноз анстомоза.
  - Г. Демпинг-синдром.
  - Д. Рецидив язвы.
  
2. Какое исследование предпочтительнее в данном случае?
  - А. Рентгеноскопия.
  - Б. Гастрокопия.
  - В. рН-метрия.
  - Г. УЗИ.
  - Д. Томография.
  
3. Какому состоянию соответствует Ваш диагноз?
  - А. Рак in situ.
  - Б. Ранний рак.
  - В. Поздний рак.
  - Г. Факультативный предрак.
  - Д. Облигатный предрак.
  
4. Ваша тактика?
  - А. Резекция культи желудка.
  - Б. Экстирпация культи.
  - В. Реконструкция Бильрот-II в Бильрот-I.
  - Г. Реконструкция Бильрот-II в Ру.
  - Д. Консервативное лечение с эндоскопическим контролем.

Задача №4.

1. Больному 50 лет последние 3 года страдает язвой желудка. Дважды госпитализировался в связи с кровотечением из язвы. Консервативное лечение без эффекта. При последней гастроскопии 3-сантиметровая каллезная язва угла желудка. Какое дополнительное исследование прежде всего показано в данной ситуации?

- А. РН-метрия.
- Б. Биопсия.
- В. УЗИ.
- Г. Рентгеноскопия.
- Д. Тест на геликобактер.

2. Какому состоянию больше всего соответствует данная ситуация?

- А. Факультативный предрак.
- Б. Облигатный предрак.
- В. Рак in situ.
- Г. Ранний рак.
- Д. Поздний рак.

3. Что из названного относится к этой же группе?

- А. Полипоз желудка.
- Б. Атрофический гастрит с кишечной метиплазией.
- В. Болезнь Менетрие.
- Г. Гастрит культи.
- Д. Все названное.

4. Наиболее оправданная тактика?

- А. Резекция желудка.
- Б. Гастроэнтеростомия.
- В. Гастроэктомия.
- Г. Наблюдение.
- Д. Медикаментозное лечение.

Задача №5.

1. Больная 60 лет последние месяцы отмечает желудочный дискомфорт, иногда боли в животе. При гастроскопии экзофитная 5-сантиметровая изъязвленная опухоль антрального отдела. При УЗИ брюшной полости свободной жидкости, признаков очагового поражения печени или лимфатических узлов нет, солидные образования обоих яичников диаметром 6-7см. Какое дополнительное исследование желудка следует предпринять в первую очередь для уточнения диагноза?
  - А. РН-метрия.
  - Б. Тест на геликобактер.
  - В. Биопсия.
  - Г. Хромогастроскопия.
  - Д. Диагноз и без того окончательно ясен.
  
2. Какая гистологическая картина будет, скорее всего, соответствовать Вашему диагнозу?
  - А. Аденокарцинома.
  - Б. Саркома.
  - В. Периульцерозное воспаление.
  - Г. Эпидермоидный рак.
  - Д. Кишечная метаплазия.
  
3. Как следует расценить поражения яичников?
  - А. Кистомы.
  - Б. Эндометриоз.
  - В. Метастаз Вирхова.
  - Г. Метастаз Шницлера.
  - Д. Метастазы Крукенберга.
  
4. Какое вмешательство показано в данном случае?
  - А. Химиотерапия.
  - Б. Лучевая терапия.
  - В. Фотодинамическая терапия.
  - Г. Симптоматическая терапия.
  - Д. Резекция желудка-овариэктомия.

**ГОУ ВПО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА**

**Кафедра факультетской хирургии №2 лечебного факультета**

---

Составитель: доц. Натрошвили А.Г.

## **Перитонит**

---

Методическое пособие для студентов старших курсов, интернов, ординаторов и  
практикующих врачей

Под редакцией проф. А.М. Шулутко, проф. В.И. Семикова

**МОСКВА 2010**

**Цель:** изучение этиологии, патогенеза, клинической картины, методов диагностики и лечения перитонита.

**Необходимо знать:**

**Общие сведения:** Анатомия брюшины. Определение перитонита. Перитонит как абдоминальный сепсис. Патогенез перитонита. Летальность при перитоните.

**Классификация** перитонита по этиологии, распространенности, характеру экссудата.

**Клиника и диагностика.** Характеристика болевого синдрома, системной воспалительной реакции, синдрома кишечной недостаточности, клиническая картина в различных стадиях развития перитонита. Симптомы раздражения брюшины. Лабораторная и инструментальная диагностика.

**Дифференциальный диагноз.** Дифференциально-диагностические признаки (жалобы, анамнез, данные физикального и инструментальных исследований), позволяющие отличить перитонит от псевдоперитонеального синдрома при различных заболеваниях.

**Лечение.** Тактика лечения перитонита. Понятие о предоперационной подготовке, этапах оперативного лечения, особенностях ведения послеоперационного периода, профилактика и диагностика послеоперационных осложнений.

***Необходимо уметь:***

1. Целенаправленно собрать анамнез при подозрении на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости, осложненное перитонитом с учетом основных симптомов, стадии течения заболевания.
2. Провести осмотр больного с предполагаемым диагнозом «Перитонит» с выявлением характерных для заболевания симптомов (Щеткина-Блюмберга, Раздольского и т.д.)
3. Поставить предварительный диагноз
4. Составить план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.
5. Аргументировано провести дифференциальный диагноз на основании анамнеза, жалоб, проведенного осмотра пациента, выполненных инструментальных и лабораторных методов исследования.
6. Сформулировать и обосновать окончательный развернутый клинический диагноз.
7. Определить тактику лечения больного.

**Определение.**

*Перитонит – воспаление висцеральной и париетальной брюшины, распространяющееся и на соседние ткани, сопровождающееся общими симптомами заболевания и нарушением функций жизненно важных органов.*

В общем смысле под перитонитом подразумевают любую форму и степень выраженности воспаления брюшины.

В настоящее время, распространенные формы перитонита рассматривают как *абдоминальный сепсис*. Под абдоминальным сепсисом понимают такую фазу перитонита, которая проявляется двумя или более признаками синдрома системной воспалительной реакции (SIRS) и сопровождается развитием полиорганной недостаточности.

Абдоминальный сепсис имеет ряд особенностей:

- наличие множественных или резидуальных очагов инфекции
- быстрое включение механизма эндогенной транслокации микроорганизмов и токсинов
- быстрое развитие инфекционно-токсического шока и полиорганной недостаточности
- в большинстве случаев инфекция полимикробной этиологии
- высокая летальность
- необходимость соблюдения трех основных принципов терапии – адекватная хирургическая санация, оптимизированная антимикробная терапия, стандартизированная корригирующая интенсивная терапия.

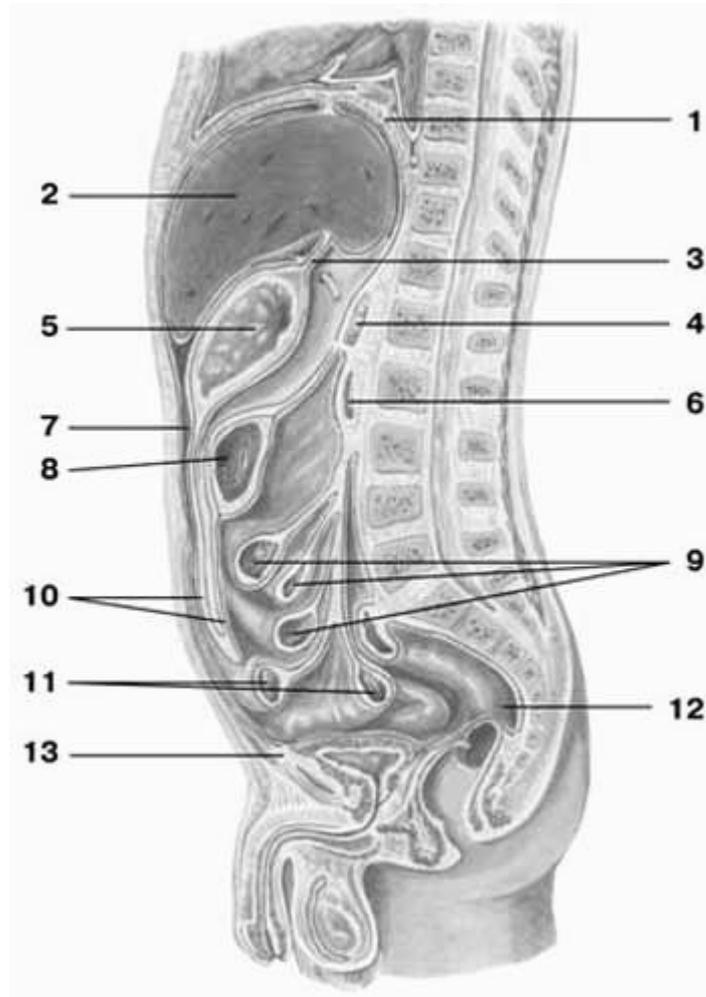
Проблема лечения перитонита остается нерешенной, несмотря на все достижения современной медицины. Частота летальных исходов при перитоните остается на уровне 20-30%, а в случаях тяжелых форм – до 50%.

### *Клиническая анатомия брюшины.*

Брюшина — тонкая серозная оболочка, состоящая из одного слоя клеток мезотелия, располагающегося на соединительнотканной основе. Она покрывает изнутри поверхность брюшной стенки (париетальная брюшина) и расположенные в брюшной полости органы (висцеральная брюшина). Общая поверхность брюшины составляет около 2 м<sup>2</sup>. Полость брюшины у мужчин замкнута, у женщин сообщается с внешней средой через отверстия маточных труб. Мезотелий брюшины секретирует небольшое количество жидкости, увлажняющей поверхность внутренних органов и облегчающей их скользящие движения. В брюшной полости в нормальных условиях находится около 1 0 0 мл прозрачной соломенно-желтого цвета жидкости, содержащей макрофаги, антитела, иммуноглобулины.

Желудок, селезенка, брыжеечная часть тонкой кишки, поперечная ободочная кишка, сигмовидная ободочная кишка, слепая кишка с червеобразным отростком (аппендиксом), верхняя треть прямой кишки, матка и маточные трубы располагаются внутрибрюшинно, то есть полностью покрыты брюшиной. Печень, желчный пузырь, восходящая и нисходящая ободочная кишка, часть двенадцатиперстной кишки и средняя треть прямой кишки окружены брюшиной с трех сторон. Поджелудочная железа, почки с надпочечниками, мочевого пузырь, мочеточники, большая часть двенадцатиперстной кишки и нижняя треть прямой кишки располагаются внебрюшинно, покрываясь брюшиной только с одной стороны.

При переходе с органа на орган брюшина образует большой и малый сальники, брыжейки тонкой кишки, поперечной ободочной, сигмовидной, верхней трети прямой кишки и связки (например, печени, желудка, селезенки). Брыжейками и связками органы фиксируются и удерживаются в подвешенном состоянии в полости живота. Кроме того, в них содержатся кровеносные сосуды и нервы.



*Рис. 1 Схема хода брюшины*

*1 — диафрагма; 2 — печень; 3 — малый сальник; 4 — поджелудочная железа; 5 — желудок; 6 — двенадцатиперстная кишка; 7 — полость брюшины; 8 — поперечная ободочная кишка; 9 — тощая кишка; 10 — большой сальник; 11 — подвздошная кишка; 12 — прямая кишка; 13 — позадивисцеральное пространство*

Брюшина представляет собой полупроницаемую диализирующую мембрану, через которую в обоих направлениях (в брюшную полость и из нее в общий кровоток) перемещаются вода, электролиты, низкомолекулярные субстанции. Перемещение обеспечивается разностью осмотического давления по обе стороны брюшины. Изотонический раствор, введенный в брюшную полость, всасывается со скоростью 35 мл/ч. Брюшина всасывает продукты распада и лизиса белков, некротических

тканей, бактерии, воздух, попавший в брюшную полость во время лапаротомии или перфорации язвы желудка. До 70% крови, излившейся в брюшную полость, медленно всасывается через лимфатические щели и лимфатические сосуды брюшины.

Экссудативная функция брюшины сводится к выделению жидкости и фибрина. Барьерная функция заключается не только в механической защите органов брюшной полости. Клетки брюшины относятся к так называемой мононуклеарно-фагоцитарной системе. Вместе с макрофагами, гранулоцитами, Т- и В- лимфоцитами мезотелиальные клетки брюшины выполняют важные защитные функции: фагоцитируют и переваривают проникшие бактерии и инородные частицы. Эта функция больше свойственна клеткам большого сальника, в котором содержится максимальное число иммунологически активных клеток, Т-лимфоцитов.

Брюшина обеспечивает защиту организма от инфекции с помощью гуморальных (иммуноглобулины, комплемент, свободные антитела) и клеточных (макрофаги, гранулоциты) механизмов. Наибольшая концентрация иммуноглобулинов имеется в слизистой оболочке кишечника, которая выполняет функцию защитного барьера, препятствующего проникновению микрофлоры и эндотоксинов из просвета кишечника в брюшную полость, лимфатические и кровеносные сосуды. Наиболее активной способностью всасывать жидкость обладает диафрагмальная брюшина, в меньшей степени — тазовая. Эта особенность строения диафрагмальной брюшины обуславливает возможность распространения воспалительного процесса из верхнего этажа брюшной полости в плевральную полость через лимфатические щели и сосуды.

В течение суток брюшина может сецернировать и резорбировать 5-6 л жидкости. При перитоните отек брюшины препятствует нормальной резорбции, что приводит к накоплению в ее полости до 4 л экссудата.

Париетальная брюшина иннервируется соматическими нервами (ветвями межреберных нервов), поэтому она чувствительна к любому виду воздействия (механическому, химическому и др.), а возникающие при этом боли (соматические) четко локализованы. Висцеральная брюшина имеет вегетативную иннервацию (парасимпатическую и симпатическую) и не имеет соматической. Поэтому боли, возникающие при ее раздражении, не локализованы, носят разлитой характер (висцеральные боли). Тазовая брюшина также не имеет соматической иннервации. Этим объясняется отсутствие защитного напряжения мышц передней брюшной стенки (висцеромоторного рефлекса) при воспалительных изменениях тазовой брюшины.

Брюшина обладает выраженными пластическими свойствами. В ближайшие часы после нанесения механической или химической травмы на поверхности брюшины выпадает фибрин, что приводит к склеиванию соприкасающихся серозных поверхностей сальника и рядом расположенных петель кишечника. Это способствует отграничению воспалительного процесса, образованию воспалительного инфильтрата или абсцесса. Брюшина и продуцируемая ею жидкость обладают и антимикробным действием.

### ***Классификация.***

Клиническая классификация перитонита должна быть тесно увязана с дифференцированной лечебной, прежде всего хирургической, тактикой. Исходя из практических предназначений, в основу клинической классификации положены следующие признаки: этиология, т.е. непосредственная причина развития перитонита; распространенность поражения брюшины; градация тяжести клинических проявлений и течения; характеристика осложнений.

Основу классификации составляет выделение трех *этиологических* категорий первичного, вторичного и третичного перитонита. В качестве *первичного перитонита* рассматривают такие формы заболевания, при которых воспалительный процесс развивается без нарушения целостности полых органов, а перитонит является результатом спонтанной гематогенной диссеминации микроорганизмов в брюшинный покров или транслокации специфической моноинфекции из других органов (таблица 1). В качестве разновидности первичного перитонита выделяют спонтанный перитонит у детей, спонтанный перитонит взрослых и туберкулезный перитонит. Возбудители, как правило, представлены моноинфекцией. Спонтанный перитонит взрослых нередко развивается после дренирования асцита, обусловленного циррозом печени, а также при длительном использовании катетера для перитонеального диализа.

***Вторичный перитонит*** – наиболее часто встречающаяся категория, она объединяет все формы воспаления брюшины, развившегося вследствие деструкции или травмы органов брюшной полости:

1) перитонит, вызванный перфорацией и деструкцией органов брюшной полости;

2) послеоперационный перитонит;

3) посттравматический перитонит:

- вследствие закрытой (тупой) травмы живота,
- вследствие проникающих ранений живота.

**Таблица 1. Причины вторичного перитонита**

<b>Орган</b>	<b>Заболевание</b>
Пищевод	Травма, в т.ч. ятрогения
Желудок	Перфоративная язва Ранения
12-перстная кишка	Перфоративная язва Травма (тупая и ранения)
Желчный пузырь и протоки	Острый холецистит Ранения, в т.ч. ятрогения
Поджелудочная железа	Острый панкреатит Травма
Тонкая кишка	Тромбоз мезентериальных сосудов Ущемленная грыжа Острая кишечная непроходимость Воспаление Меккелева дивертикула Ранения
Толстая кишка	Острый аппендицит Дивертикулит Опухоли Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона Травма (ранения и ятрогения)
Органы малого таза	Сальпингоофорит, tuboовариальный абсцесс

По среднестатистическим данным перфорация желудка и 12-перстной кишки являются причиной перитонита у 30% больных, острый аппендицит – у 20%, толстая кишка – у 20%, тонкая кишка – 10%, другие причины – у 10% больных.

Особую сложность для диагностики и лечения составляет **третичный перитонит**. Под этим термином понимают воспаление брюшины, носящее рецидивирующий характер, обозначаемое иногда как персистирующий, или возвратный, перитонит. Обычно он развивается в послеоперационном периоде у больных, перенесших экстремальные, критические ситуации, у которых наблюдается выраженное подавление механизмов противомикробной защиты. Течение этого вида перитонита отличается стертой клинической картиной, возможной

полиорганной дисфункцией и проявлением рефрактерного эндотоксикоза. В качестве основных факторов риска развития третичного перитонита принято рассматривать нарушения питания (истощение) больного, снижение концентрации альбумина в плазме крови, наличие проблемных возбудителей, как правило, резистентных к большинству используемых антибиотиков, и развивающуюся органную недостаточность.

В зависимости от распространенности перитонита сегодня выделяют две основные категории: местный и распространенный перитонит. При этом местный перитонит подразделяют на отграниченный (воспалительный инфильтрат, абсцесс) и неотграниченный, когда процесс локализуется только в одном из карманов брюшины. Если при местном перитоните, наряду с устранением источника, задача сводится лишь к санации области поражения с проведением мероприятий, препятствующих распространению процесса, то при распространенном перитоните требуется обширная санация, нередко с многократным промыванием брюшной полости.

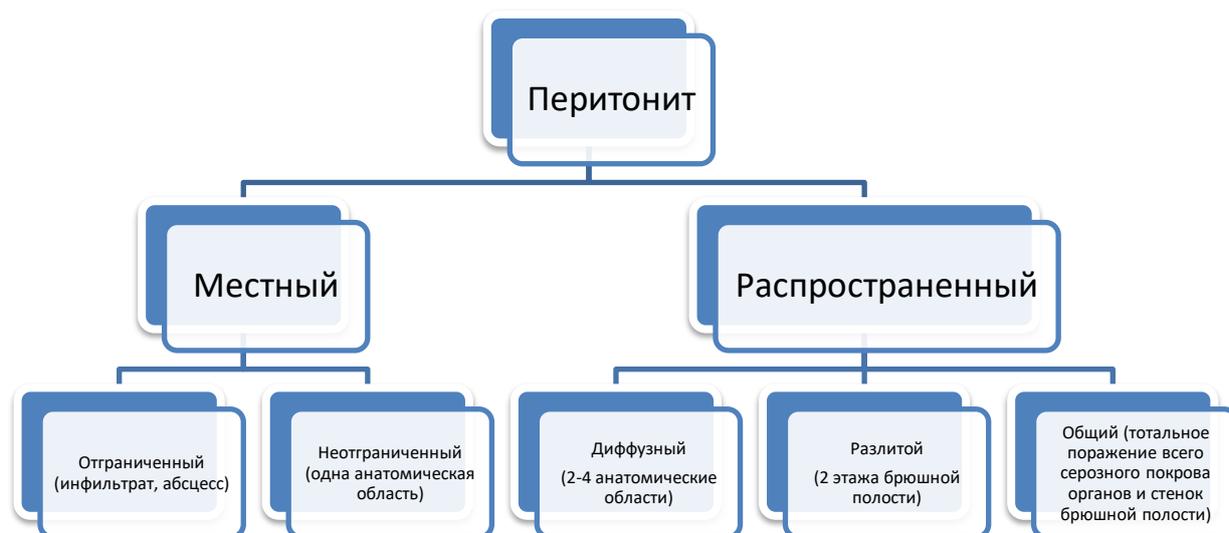


Схема 1. Классификация перитонита по распространенности

В зависимости от *характера экссудата* выделяют серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный, каловый, желчный, геморрагический и химический формы перитонитов. От характера воспалительного экссудата и патологических примесей, поступающих из полых органов живота зависят клиническое течение перитонита и соответствующая лечебная тактика. Перечисленные в классификации характеристики экссудатов (серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный) охватывают основные разновидности перитонита, используемые практическими хирургами с ориентацией на данный классификационный принцип при постановке интраоперационного диагноза.

Перечень характеристик в зависимости от патологических примесей (каловый, желчный, геморрагический и химический перитонит) включает важные компоненты, определяющие качественные различия в клиническом течении перитонита и влияющие на прогноз. Диагноз калового перитонита устанавливают при выраженном загрязнении экссудата содержимым ободочной или подвздошной кишки. Данная патологическая примесь предвещает тяжелое клиническое течение в связи с обильным поступлением анаэробной и грамотрицательной микрофлоры в экссудат, представляющий собой питательную белковую среду. Примесь неинфицированной желчи способна вызвать кратковременное химическое раздражающее действие на брюшину, после адаптации к которому воспалительный процесс в брюшной полости может относительно долго (до нескольких недель) не прогрессировать, пока не произойдет вторичного инфицирования экссудата. Геморрагический перитонит (когда к экссудату примешивается излившаяся в брюшную полость кровь) сопряжен с опасностью быстрой колонизации микрофлоры в условиях обогащенной питательной среды (крови) и термостабильного режима, свойственного внутренним средам организма. Наконец, о химическом перитоните уместно говорить на ранних стадиях неинфицированного панкреонекроза или перфорации

гастроудоденальных язв. Агрессивные химические примеси способствуют ранней клинической манифестации данной формы перитонита, следствием чего становятся ранние операции (при перфоративных язвах) или удаление экссудата во время лапароскопической ревизии (при деструктивном панкреатите), а это в свою очередь создает более благоприятные условия для эффективного лечения.

Классификация по стадиям клинического течения будет рассмотрена в разделе «Диагностика»

### ***Патогенез.***

Патогенез перитонита чрезвычайно сложен, и, в общем виде, может быть представлен в виде следующей схемы:



*Схема 2. Патогенез перитонита.*

В ответ на воспаление происходит активация биологически активных веществ, которые играют важную роль в дальнейшем развитии синдрома эндогенной интоксикации.

Под их воздействием происходит стаз и повышение проницаемости в капиллярах, нарушается микроциркуляция. Нарушение обменных процессов ведет к развитию тканевой гипоксии, ацидозу, повышению свертываемости крови с возникновением ДВС-синдрома.

Повреждения интерорецепторов ведет к снижению тонуса, парезу кишечника с секвестрацией большого количества жидкости, солей, белков и форменных элементов в просвет кишки. В стенке кишки нарастают ишемические явления, она становится проницаемой для микроорганизмов. Экссудация и трансудация происходит не только в просвет кишки, но также в брюшную полость и ткани всего организма. Развивается гиповолемия, снижается ОЦК, что сопровождается значительными нарушениями гемодинамики, водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния. Совокупность вышеописанных изменений приводит к повреждению системы естественной детоксикации и развитию полиорганной недостаточности.

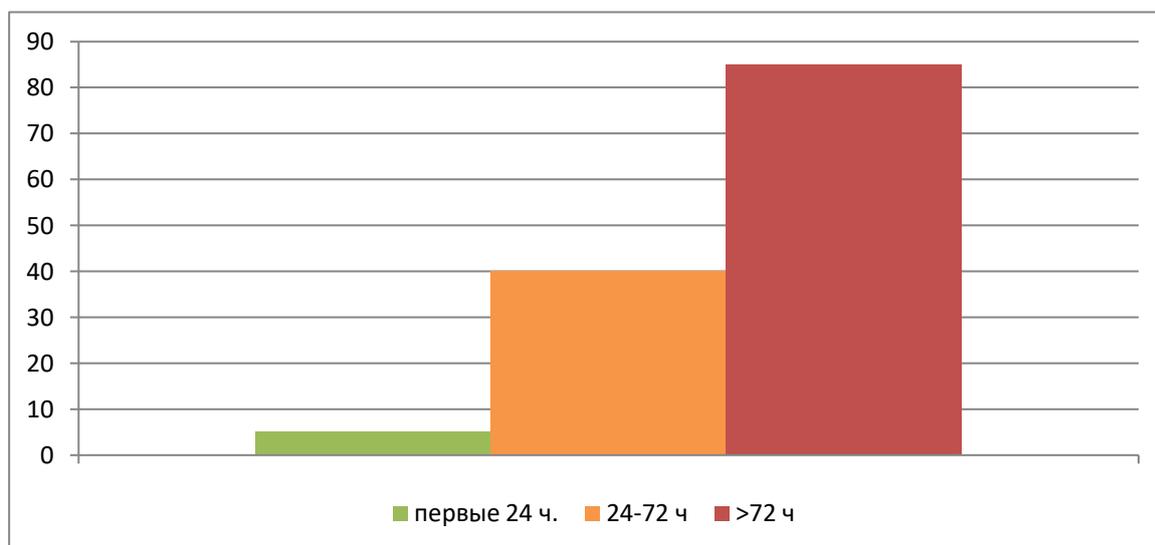
### *Диагностика.*

Диагностика перитонита в большинстве случаев не представляет сложностей. Клиническая картина зависит от причины перитонита, степени его распространенности и стадии течения.

Ранняя диагностика крайне важна у больных с перитонитом, так как исход заболевания напрямую зависит от сроков начала лечения (см. диаграмму 1).

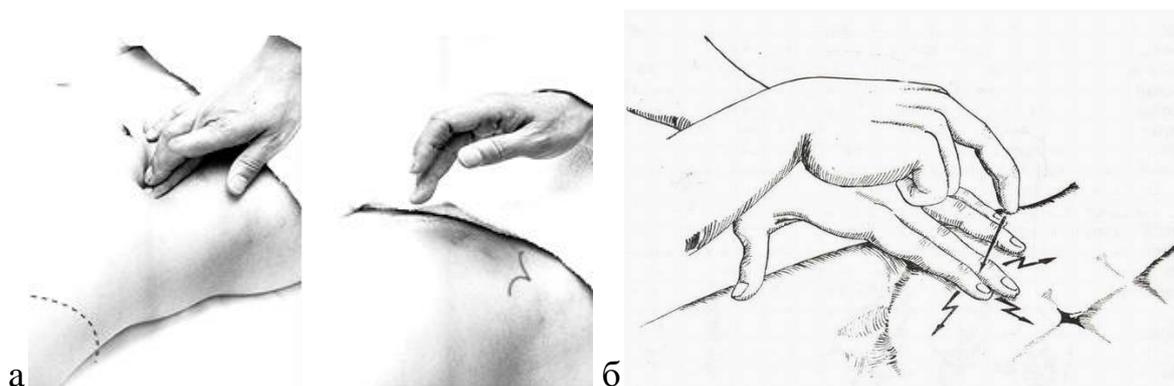
Наиболее ранним и постоянным симптомом перитонита являются боли в животе, характер которых зависит от источника перитонита и степени распространенности патологического процесса. При перфорации полого органа боли возникают внезапно, при развитии деструктивного

воспалительного процесса характерно постепенное усиление боли. Локализация болей также зависит от источника перитонита, но следует отметить быстрое распространение болей по всему животу. Часто боли сопровождаются тошнотой, рвотой желудочным, а в поздних стадиях – кишечным содержимым.



*Диаграмма 1. Зависимость летальности от сроков начала лечения перитонита.*

При осмотре живота обращает на себя внимание неподвижность брюшной стенки, которая не участвует в акте дыхания. При пальпации определяется главный симптом перитонита – защитное напряжение мышц передней брюшной стенки — «сверхпризнак всех абдоминальных катастроф» по Г. Мондору. Также определяется болезненность при пальпации живота, которая может быть более выражена в проекции источника перитонита. Другие симптомы раздражения брюшины включают симптом Щеткина-Блюмберга, Раздольского и т.д. (см. рис. 1).



*Рис. 1. Симптом Щеткина-Блюмберга (а) и Раздольского (б), наряду с напряжением мышц передней брюшной стенки являются признаками раздражения брюшины.*

По мере прогрессирования патологического процесса, выраженность местных симптомов может уменьшаться и на первый план выходят признаки общей интоксикации, дегидратации и системной воспалительной реакции (см. стадии течения перитонита).

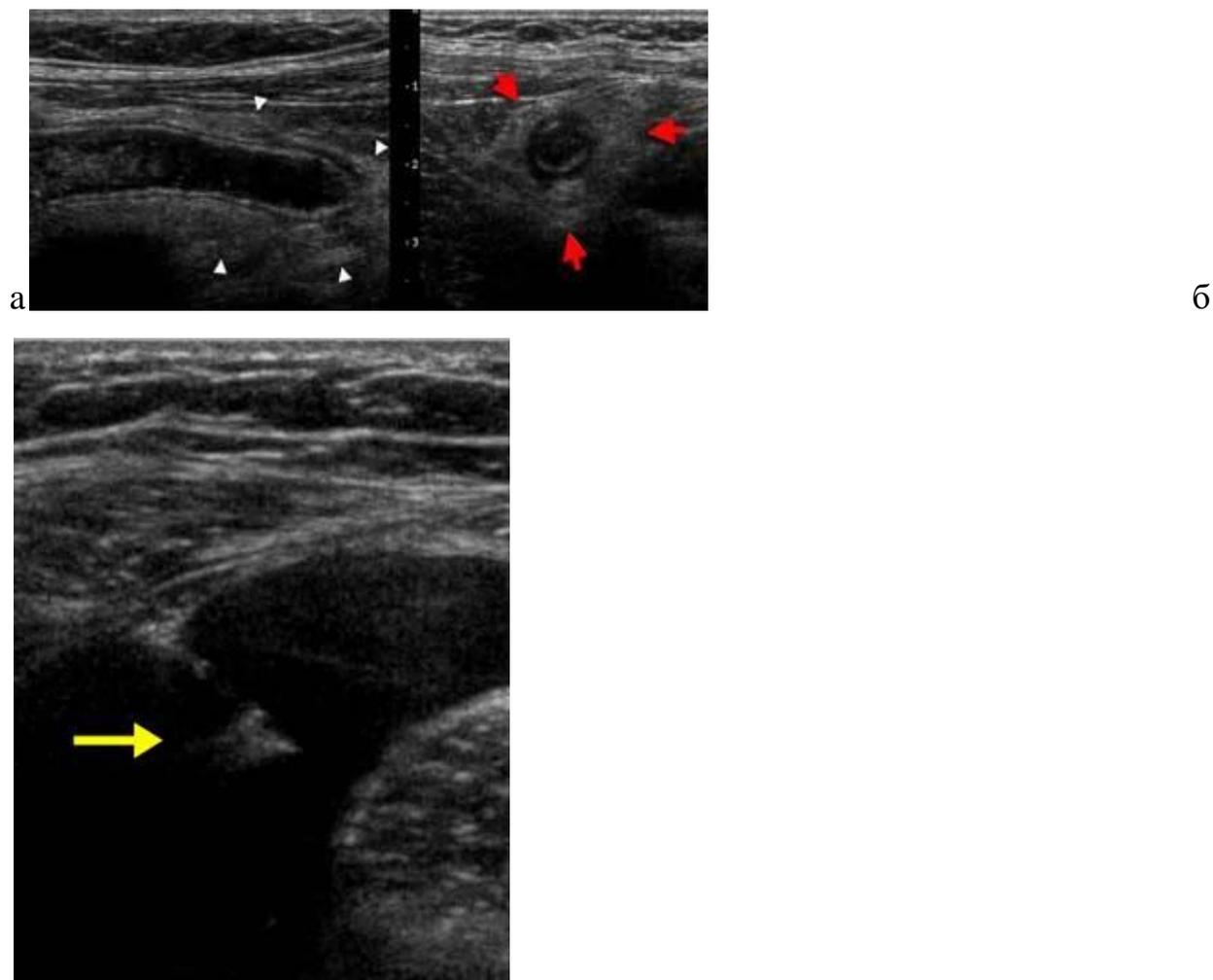
Для уточнения диагноза и дооперационной диагностики причины перитонита используют *дополнительные инструментальные методы исследования.*

При обзорной рентгенографии брюшной полости можно выявить свободный газ при перфорации полого органа, уровни жидкости и расширенные петли кишки при непроходимости (как механической, которая может явиться причиной перитонита, так и паралитической – признаком синдрома кишечной недостаточности, развившемся вследствие перитонита).

Современное ультразвуковое исследование способно выявить как признаки самого перитонита, так и заболевания, явившегося его источником (см. рис. 2). Признаками перитонита является наличие свободной жидкости в брюшной полости, для уточнения характера которой выполняют пункцию ее под контролем УЗИ, наличие в пунктате гноя, фибрина, кишечного содержимого делает диагноз очевидным. Другим ультразвуковым признаком перитонита может быть визуализация расширенных, вяло или

вовсе не перистальтирующих петель тонкой кишки, что свидетельствует о синдроме кишечной недостаточности.

Наконец, при стертой клинической картине, показано проведение диагностической видеолапароскопии, при которой выявляют наличие мутного выпота в брюшной полости, источник перитонита и другие патологические изменения.



*Рис. 2. Ультразвуковые признаки острого аппендицита (а), осложненного перитонитом (б), что проявилось выявлением свободной жидкости в брюшной полости. Стрелка на рис. 2б указывает на иглу, введенную в брюшную полость для диагностической пункции экссудата.*

Лабораторная диагностика включает определение количества лейкоцитов в периферической крови и лейкоцитарной формулы,

показателей биохимического анализа крови (повышение уровня мочевины, креатинина, трансаминаз, снижение уровня белка, повышение уровня концентрации прокальцитонина и др.).

***Стадии течения и оценка тяжести состояния больного перитонитом.***

Как описано выше, клиническая картина заболевания во многом зависит от стадии течения перитонита. По К.С. Симоняну различают три стадии течения перитонита:

1. Реактивная (первые 24 часа): стадия максимальной выраженности местных симптомов: резкий болевой синдром, защитное напряжение мышц, двигательное возбуждение, рвота. Общие проявления (тахикардия, повышение АД, ЧД) объясняются болевым шоком. Характерными признаками общей интоксикации являются повышение температуры тела и умеренно выраженный лейкоцитарный сдвиг влево.
2. Токсическая (24-72 часа): стадия стихания местных симптомов и превалирования общих реакций, характерных для выраженной интоксикации: заостренные черты лица, бледность, малоподвижность, эйфория, тахикардия, снижение АД, поздняя рвота, гектическая лихорадка, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Из местных проявлений характерно снижение болевого синдрома, резкое угнетение перистальтики, нарастающий метеоризм. Возникают синдромные нарушения (гиповолемия, ацидоз, парез ЖКТ).
3. Терминальная (свыше 72 часов): стадия глубокой интоксикации: лицо Гиппократово, адинамия, вялость, заторможенность, дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, обильная рвота с каловым запахом, падение температуры на фоне резкого сдвига лейкоцитарной формулы, часто бактериемия. Местные симптомы: полное отсутствие перистальтики, разлитая болезненность по всему животу.

Для объективной оценки тяжести состояния больного перитонитом предложено множество различных шкал (APACHE, APACHE II, APACHE III, SOFA, MODS, SAPS, SAPS II), наиболее часто используют перитонеальный индекс Мангейма (см. таблицу 2). Он включает восемь факторов риска, при наличии каждого из которых присваивают определенное количество баллов, которое затем суммируют. Значение MPI может варьировать от 0 до 47 баллов, исходя из которого определяют 3 степени тяжести перитонита:

I – менее 21 балла – летальность 0-11% (средняя 2,3%)

II – 21-29 баллов – летальность 10,6-50% (средняя 22,3%)

III – более 29 баллов – летальность 41-87% (средняя 59,1%)

Таблица 2. Перитонеальный индекс Мангейма (MPI)

Факторы риска	Баллы
Возраст более 50 лет	5
Женский пол	5
Органная недостаточность: Почки – уровень креатинина >177 ммоль/л; мочевины - >16,7 ммоль/л; олигурия <20 мл/час Легкие – $pO_2 < 50$ мм рт.ст., $pCO_2 > 50$ мм рт.ст. Шок гипо- или гипердинамический Кишечная непроходимость (механическая или паралитическая) более 24 часов	7
Злокачественное образование	4
Продолжительность перитонита более 24 часов	4
Источник перитонита – толстая кишка	4
Распространенный перитонит	6
Характер выпота: Прозрачный	0
Мутный, гнойный	6
Каловый	12

### *Дифференциальный диагноз перитонита. Псевдоперитонеальный синдром.*

Псевдоперитонеальный синдром есть совокупность симптомов, симулирующих острые заболевания органов брюшной полости, возникающих путем рефлекса с патологически измененных органов, расположенных вне брюшной полости при отсутствии заболеваний последней.

В диагностике острого живота возможны две категории ошибок:

1. Наблюдаемый симптомокомплекс приводит врача к отрицанию диагноза «острый живот» при действительном наличии изменений, свойственных этому патологическому состоянию. Оперативное лечение в этом случае запаздывает либо не проводится вовсе, создается прямая угроза жизни больного.
2. Наблюдаемый симптомокомплекс приводит врача к утверждению диагноза «острого живота» при фактическом отсутствии изменений, свойственных данному патологическому состоянию. В ряде случаев это может приводить даже к напрасным лапаротомиям, что также представляет угрозу жизни пациента, но меньше, чем при ошибках первого типа.

Каждый врач знает, что подразумевается под формулировкой «острый живот», но, как правило, затрудняется при попытке дать четкую формулировку.

«Острый живот» есть любая клиническая ситуация, когда у больного имеются абдоминальные симптомы, которые точно или предположительно указывают на наличие абдоминальной патологии, представляющей собой угрозу жизни пациента.

Врач общей практики на догоспитальном этапе на одного больного с настоящим «острым животом» видит 10 больных с остро возникшими абдоминальными симптомами, у которых «острого живота» нет. Он должен четко представлять себе ситуации, при которых госпитализация пациента в хирургический стационар строго обязательна:

- 1) если пациент связывает абдоминальные жалобы с тупой травмой живота, пусть даже происшедшей за несколько дней до заболевания, госпитализация его в хирургическое отделение является обязательной, какой бы малой не казалась перенесенная травма;
- 2) клинические проявления шока, даже если меры по его предотвращению уже приняты;
- 3) клинические проявления водно-электролитных нарушений;
- 4) любые клинические признаки кишечной непроходимости;
- 5) любые клинические признаки перитонита;
- 6) любой острый абдоминальный синдром, длящийся достаточно долго, если его происхождение неясно для наблюдающего врача.

На этапе госпитальной диагностики опытный хирург, работающий в неотложной хирургии, на самых первых этапах решения диагностической проблемы «острого живота» должен установить: возможно ли, что имеющиеся клинические проявления происходят от причин, находящихся вне брюшной полости или вследствие клинических проявлений системного заболевания, совсем не требующих хирургического вмешательства.

Какие же заболевания могут вызывать псевдоперитонеальный синдром:

- 1) заболевания органов дыхания — передняя брюшная стенка иннервируется шестью нижними межреберными нервами и патологические

процессы в грудной клетке могут манифестировать абдоминальными болями и даже напряжением мышц брюшного пресса. Наличие воздуха и/или жидкости в плевральной полости приводит к возникновению болей на высоте вдоха, распространяющихся на верхний этаж брюшной полости. Боль острая и, как правило, связана с дыханием. Перкуссия, аускультация и рентгеновское исследование обеспечивают правильный диагноз.

***Нижнедолевая пневмония, субплевральный инфаркт легкого.***

Важно уметь отличать первичную воспалительную инфильтрацию нижней доли от интраабдоминальных процессов, протекающих с вовлечением диафрагмы. Истинная пневмония клинически манифестирует наличием влажных хрипов и ослаблением дыхания, в то время как вторичная легочная инфильтрация проявляется только рентгенологической симптоматикой. При подозрении на инфаркт легкого правильному диагнозу помогает анамнез: наличие тромботической болезни, патологии сердца, прием препаратов, стимулирующих тромбообразование (контрацептивы). Часто наблюдается гемофтиз.

Рентгенологическое исследование четко выявляет пневмонию. Вторичные инфильтраты в легком менее интенсивны на фоне пластинчатых ателектазов. Полное вовлечение доли говорит в пользу первичной пневмонии. В трудных случаях при подозрении на инфаркт легкого — сканирование и ангиография.

2) заболевания сердца: слипчивый перикардит, вовлекая в патологический процесс диафрагму или капсулу печени, вызывает боли в животе при их растяжении. Боли в правом подреберье и эпигастрии могут быть при любом виде сердечной недостаточности, приводящей к растяжению капсулы печени за счет острой гепатомегалии. Инфаркт миокарда, особенно диафрагмальной поверхности сердца, дает клинику абдоминальной

катастрофы в верхнем этаже брюшной полости, иногда столь выраженную, что может подвигнуть торопливого хирурга к лапаротомии. В диагнозе очень важно: наличие сердечного анамнеза, общие признаки сердечной недостаточности, общие признаки общего атеросклероза. Сердечная недостаточность любого генеза всегда сопровождается отеками, наличием расширенных неспадающих вен на шее, коротким дыханием, частым малым пульсом, малым пульсовым давлением. При всех абдоминальных болях, особенно в эпигастральной области, экстренное электрокардиографическое исследование является обязательным, причем оценка ЭКГ должна производиться совместно с терапевтом.

3) поражения ЦНС — боль, исходящая из спинальных нервов или корешков, может иметь множество причин. Гастритический криз при спинной сухотке, столь хорошо знакомый хирургам прошлых поколений, вновь должен быть учтен при дифференциальной диагностике абдоминальных болей. Аксиальный остеомиелит, герпес зостер, ущемление корешков при остеохондрозе, грыже межпозвоночных дисков и т.д. могут давать абдоминальные симптомы.

Диагноз: радикулярные боли, связанные с патологией позвоночника, усиливаются при повышении внутригрудного давления (кашле) и сопровождаются гиперэстезией соответствующих зон. При всех этих проявлениях «абдоминального маскарада» напряжения мышц брюшного пресса нет. Рентгенография позвоночника позволяет увидеть уменьшение межпозвоночных промежутков и артритические изменения. При наличии параспинальных образований или рентгенологической картине костной деструкции следует помнить о метастазах в позвоночник и его первичных опухолях.

Менингит, опухоли задней черепной ямки, являясь причиной многократной рвоты, иногда заставляют подозревать ОКН. Психогенные абдоминальные боли. Во всех случаях отсутствуют проявления соматических болей.

В тяжелых случаях — неврологическое исследование, рентгенография черепа, общая эхография головного мозга, спинальная пункция.

4) заболевания урогенитальной системы.

Обструкция мочевых путей камнем приводит к почечной колике, часто симулирующей абдоминальную патологию, как правило — острый аппендицит.

Инфекционные процессы — цистит и пиелонефрит могут быть причиной абдоминальных болей за счет растяжения почечной капсулы или перехода воспалительного процесса на паранефральную клетчатку. При остром инфекционном орхите больные также могут предъявлять жалобы на боли в нижних отделах живота.

Диагноз: учет данных анамнеза — подобные боли в прошлом, отхождение камней, гематурия. При пиелонефрите — картина выраженной интоксикации, лейкоцитоз, высокая лихорадка. Напряжение мышц передней брюшной стенки, возникающее рефлекторно при почечной патологии, как правило, в этом случае сопровождается напряжением и выраженной болезненностью в области костно-verteбрального угла. Мочеточниковые боли иррадиируют в пах, мошонку, внутреннюю поверхность бедра. Надлобковые боли при острой задержке мочи сопровождаются наличием увеличенного пальпируемого или перкуторно определяемого мочевого пузыря.

Анализ мочи не информативен при полной обструкции на стороне поражения. Кроме того, небольшое число эритроцитов и лейкоцитов в моче может быть и при остром аппендиците. Большей информативностью в

дифференциальной диагностике почечной патологии и абдоминального заболевания обладает хромоцистоскопия и/или срочная пиелография. У мужчин блокада семенного канатика по Лорин — Эпштейну в ряде случаев полностью снимает боли при почечной колике, не влияя на их интенсивность и напряжение мышц брюшного пресса при остром аппендиците.

При заболеваниях придатков матки, протекающих с явлениями пельвиоперитонита и не требующих оперативного лечения, использование УЗИ и лапароскопии позволяет избежать ненужной лапаротомии.

### *Метаболические абдоминальные кризы*

Внешние причины:

- отравление солями тяжелых металлов (свинцовые колики),
- пищевые отравления — сальмонеллезы, стафилококковая инфекция,
- укусы пауков и змей.

Эндогенные причины:

— **диабетический кетоацидоз** (быстро развивающиеся потери калия вызывают клинику острого живота). В постановке правильного диагноза помогают гипергликемия, кетонемия, снижение  $pCO_2$  в плазме. Боли обычно не локализованы, однако следует помнить, что кетоацидоз может развиваться при интраабдоминальных инфекциях, и если лечение гипергликемии не приводит к синхронному разрешению абдоминального синдрома, то все этапы обследования брюшной полости обязательны.

— **уремия:** боли могут быть вызваны электролитными нарушениями при рвоте и диарее, развитием сердечной недостаточности при уремическом перикардите или уремическом панкреатите. В последнем случае дифференциальный диагноз крайне затруднен, ибо уровень амилазы в

плазме высок. Исключить абдоминальную катастрофу лучше всего при лапароскопии.

Иногда абдоминальный синдром развивается при коллагенозах, ревматоидном артрите, системной красной волчанке, болезни Шонлейн — Геноха, дерматомиозите. Суммарно можно сгруппировать абдоминальные проявления общих заболеваний:

1. Абдоминальный синдром с клиническими симптомами шока:

гемофилия, другие нарушения гемостаза и коагуляции, тромбоцитопения протекают с болями в животе и проявлениями гиповолемического шока, обусловленного кровотечением из ЖКТ, кровоизлияниями в брюшную стенку, забрюшинной гематомой и т.д.

2. Абдоминальный синдром с клиническими признаками ОКН:

отравления солями тяжелых металлов, стрихнином, острая злокачественная порфирия, спинная сухотка.

3. Абдоминальный синдром с клиническими признаками перитонита:

острая надпочечниковая недостаточность, тиреотоксический криз, диабетический кетоацидоз, уремия.

Следует помнить, что с выраженным абдоминальным синдромом может протекать отмена наркотиков или барбитуратов.

Правилом для хирурга, работающего в неотложной хирургии, является обязательное рентгенологическое и электрокардиографическое исследование всех больных, предъявляющих абдоминальные жалобы. При трудном диагнозе современная видеолапароскопия позволяет обследовать все отделы брюшной полости и, если не поставить диагноз во всех случаях, то надежно убедиться в отсутствии показаний к лапаротомии. В противном

случае, если все диагностические возможности исчерпаны, диагностическая лапаротомия остается последним шансом постановки правильного диагноза.

### ***Лечение перитонита.***

Лечение перитонита состоит из трех основных этапов: предоперационной подготовки, хирургической операции (возможно несколько вмешательств) и послеоперационного лечения.

*Лечение местного перитонита* чаще всего не представляет больших сложностей и сводится к максимально раннему и радикальному устранению источника перитонита.

Предоперационная подготовка ограничивается введением антибиотиков.

Особенности хирургического лечения местного перитонита:

- Доступ соответствует предполагаемому источнику перитонита (разрез Волковича-Дьяконова при аппендиците). При выявлении во время операции распространенного перитонита выполняется срединная лапаротомия(!).
- Промывание брюшной полости не проводится из-за опасности распространения инфекции и развития разлитого перитонита.

В послеоперационном периоде продолжается антибактериальная и симптоматическая терапия.

*Лечение разлитого перитонита* — существенно более сложная задача. В основе его лежат четыре основных принципа:

- 1. Активная хирургическая тактика**
- 2. Рациональная антибактериальная терапия**
- 3. Профилактика и лечение синдрома кишечной недостаточности**
- 4. Интенсивная терапия, направленная на коррекцию нарушений гомеостаза.**

Объем предоперационной подготовка зависит от стадии перитонита и наличия сопутствующих заболеваний и включает в себя как диагностические, так и лечебные манипуляции. Проводимые мероприятия включают в себя:

- Катетеризацию подключичной вены, определение ЦВД для оценки выраженности гиповолемии
- Катетеризацию мочевого пузыря для контроля диуреза
- Зондирование желудка с эвакуацией содержимого
- Мониторинг ЧСС, АД, ЭКГ, основных лабораторных показателей
- Профилактику и лечение дыхательной недостаточности
- Введение антибиотиков
- Корректирующую инфузионную терапию (растворы кристаллоидов, коллоидов, СЗП, альбумина, электролитов и т.д.)
- Введение анальгетиков и др.

В реактивной стадии перитонита время подготовки критично, и проведение ее чаще всего проводится на операционном столе. В токсической стадии для подготовки больного к операции обычно требуется 1,5-2 часа, в терминальной стадии компенсационный резерв больных практически исчерпан, необходимо тщательно дозировать объемы инфузии, что требует относительно длительной (от 4-6 ч) подготовки пациента к оперативному лечению. Критерием адекватной подготовки является стабилизация состояния (стабильная гемодинамика, уменьшение одышки, почасовой диурез 30-40 мл). Решение о сроках оперативного вмешательства принимает консилиум, состоящий из хирурга, реаниматолога и анестезиолога.

Вторым, и **основным этапом лечения является хирургическая операция.**

Оперативное вмешательство по поводу распространенного перитонита всегда выполняется под многокомпонентной общей анестезией с искусственной вентиляцией легких и предусматривает следующих основных задач:

- устранение источника перитонита;
- интраоперационную санацию и рациональное дренирование брюшной полости;
- дренирование кишечника, находящегося в состоянии пареза;
- применение всех средств ликвидации синдрома кишечной недостаточности;
- завершение первичной операции, выбор дальнейшей тактики ведения больного.

### *Основные этапы операции при перитоните.*

1. **Рациональный доступ**– срединная лапаротомия, обеспечивающая возможность полноценной ревизии и санации всех отделов брюшной полости.
2. **Удаление патологического содержимого.** После вскрытия брюшной полости по возможности полностью удаляется патологическое содержимое – гной, кровь, желчь, каловые массы и т.д. Наиболее полноценно и менее травматично это можно выполнить с помощью электрического отсоса, снабженного специальным наконечником, предотвращающим присасывание петель кишечника и большого сальника. Особое внимание обращается на места скопления экссудата – поддиафрагмальные пространства, боковые каналы, полость малого таза. Обязательным является посев экссудата для определения микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам.

**3. Ревизия органов брюшной полости, ликвидация или локализация источника перитонита.** Следующий этап – последовательная ревизия органов брюшной полости с целью выявления источника или источников перитонита. При условии стабильной гемодинамики больного этому этапу может предшествовать введение в корень брыжейки тонкой кишки и под париетальную брюшину 150–200 мл 0,25% раствора новокаина. Однако учитывая, что в условиях перитонита гидравлическая травма брыжейки и инфицирование ее ткани нежелательны, а также высокую резорбтивную активность брюшины, тот же эффект можно достичь простым введением 300–400 мл 0,5% раствора новокаина в брюшную полость.

Устранение источника (или нескольких источников) перитонита – наиболее ответственный этап вмешательства. Его производят радикальным способом, но соизмеряя объем вмешательства с функциональными возможностями больного. При невозможности радикального удаления источника инфицирования брюшной полости пораженный орган выводится внебрюшинно или отграничивается марлевыми тампонами от свободной брюшной полости. Тампоны при этом стимулируют отграничительный спаечный процесс. Использование тампонов с дренирующей целью неэффективно.

Особое внимание при распространенном перитоните уделяется определению показаний к резекции полых органов живота и адекватному выбору объема резекции. Не вызывает сомнения факт, что наложение швов и анастомозов полых органов в условиях некупированного воспаления брюшины или нарушения мезентериального кровообращения сопровождается повышенным риском их несостоятельности. С этой целью применяют варианты отсроченного внутри- или внебрюшинного анастомозирования. При этом на первой операции выполняют обструктивную резекцию с обязательной зондовой декомпрессией проксимального участка кишки, предпочтительнее использовать

двухпросветный зонд, обеспечивающий возможность активной аспирации химуса и, следовательно, гарантированной декомпрессии кишечника.

Сроки выполнения реконструктивного этапа устанавливаются при последующих ревизиях брюшной полости. Определяющие критерии – регрессия перитонита, восстановление жизнеспособности кишки, а также стабилизация состояния больного. После выполнения анастомоза энтеральный зонд проводят в отводящую петлю, зону швов дополнительно укрывают большим салником. Как правило, выполняют двухрядный анастомоз бок в бок или однорядный внутриузловыми швами. Анастомозирование конец в конец в экстренной абдоминальной хирургии следует использовать только в случаях гарантированного кровоснабжения зоны соустья и отсутствия инфильтрации стенки кишки.

При отказе от этапного лечения выполнение анастомоза может быть отложено до полного устранения перитонита. Концы пересеченной кишки выводят рядом на брюшную стенку через отдельный разрез в виде полных свищей. Следует заметить, что такая тактика не может быть рекомендована в качестве наиболее рациональной при расположении зоны резекции вблизи связки Трейтца. В этом случае риск несостоятельности анастомоза конкурирует с риском искусственного создания высокого тонкокишечного свища с его опасными функциональными последствиями, особенно для тяжелобольного. Поэтому дилемму решают чаще в пользу анастомоза.

Вопрос о наложении первичного анастомоза после резекции правой половины ободочной кишки в условиях распространенного перитонита решают индивидуально в зависимости от выраженности воспаления брюшины и сроков его развития. Резекцию левой половины ободочной кишки при перитоните правильнее завершать наложением одноствольной колостомии с ушиванием периферического отрезка кишки по типу операции Гартмана. Важным элементом такого вмешательства является дивульсия наружного сфинктера прямой кишки с целью декомпрессии отключенного

отдела толстой кишки и предотвращения несостоятельности швов на ушитом ее конце.

**4. Санация брюшной полости.** Следующий этап операции – санация брюшной полости. Санация состоит в дополнительной ревизии после устранения источника инфекции и тщательном удалении экссудата и патологического содержимого из брюшной полости, а при распространении процесса на все ее отделы наилучшим методом интраоперационной санации является многократное промывание брюшной полости осмосбалансированными кристаллоидными солевыми растворами. Используются обычно физиологический раствор или при условии стабильной гемодинамики и отсутствии непереносимости 0,5% раствор новокаина. Последний дополнительно обеспечивает обезболивающий, противовоспалительный эффект, служит средством разрешения пареза кишечника (аналог и альтернатива новокаиновой блокады корня брыжейки). Промывание осуществляют щадящим способом, без эвентрации кишечных петель. Подогретый до температуры 35–38°C раствор заливают в брюшную полость в таком количестве, чтобы петли кишок плавали в нем.

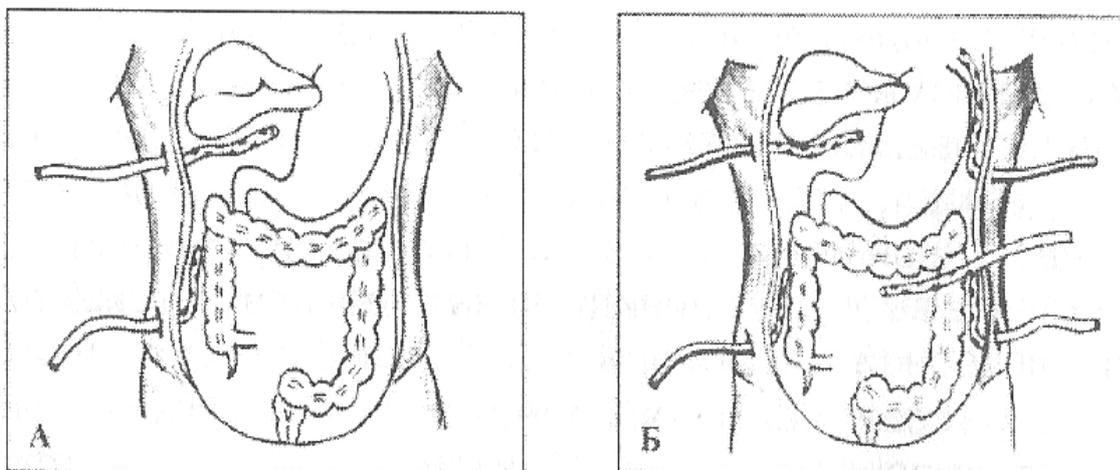
Промывание повторяется до “чистой воды”. Твердые частицы кишечного содержимого и фибринозные наложения удаляются пинцетом или влажным тупфером без повреждения висцеральной брюшины. Плотно фиксированные к висцеральной брюшине сгустки фибрина удалять не следует. После промывания брюшной полости раствор удаляют с помощью электроотсоса. Для санации брюшной полости обычно используют от 4 до 8 л раствора.

**5. Дренирование тонкой кишки.**

После санации брюшной полости определяются показания к дренированию тонкой кишки. Оно показано при выраженных признаках паралитической непроходимости кишечника. Выявление во время операций резко растянутых содержимым петель тонкой кишки, с дряблыми

синюшными стенками, покрытыми фибрином, с темными пятнами субсерозных кровоизлияний следует считать основанием для ее дренирования. Декомпрессия тонкой кишки вполне эффективно может быть осуществлена путем назогастроэнтерального введения зонда. При этом особую важность представляет опорожнение и пролонгированное дренирование начального отдела тощей кишки (50–70 см от связки Трейтца), где содержимое представляет наибольшую угрозу развития эндотоксикоза. Важно убедиться в полноценном дренировании собственно желудка, поскольку проведение зонда нарушает функцию пилорического и кардиального жомов и количество кишечного содержимого, поступающее в желудок, может превысить дренирующие возможности зонда, обусловить регургитацию и заброс содержимого в дыхательные пути.

**6. Дренирование брюшной полости.** Необходимость дренирования брюшной полости сегодня является аксиомой хирургии перитонита. Количество и качество дренажей определяются распространенностью и характером перитонита и, что немаловажно, традициями конкретной хирургической клиники. Как правило, операцию завершают дренированием брюшной полости одно- или двухпросветными силиконовыми трубками, устанавливаемыми по стандартной технике к зоне источника перитонита и во все отлогие места брюшной полости. Дренажи используют для активной или пассивной эвакуации экссудата или санации брюшной полости в межоперативном периоде. В случаях гнойно-некротического поражения забрюшинного пространства или при панкреатогенном перитоните высокоэффективно использование дренажей Пенроза.



*Рис. 3. Схема дренирования брюшной полости при диффузном (а) и разлитом (б) перитоните.*

**7. Завершение первичной операции.** Варианты завершения первичной операции при распространенном перитоните определены выбором дальнейшей тактики хирургического лечения в режиме "по требованию" или "по программе". В первом случае операцию заканчивают послойным ушиванием раны брюшной стенки. При наличии выраженного кишечного пареза или выраженных признаков воспаления висцеральной и париетальной брюшины возможно ушивание только кожи с подкожной клетчаткой или вовсе не ушивать рану передней брюшной стенки, формируя лапаростому. При определении II степени тяжести перитонита по МРІ показаны программированные санации, при III степени – формирование лапаростомы.

В последние годы интенсивное развитие эндовидеохирургических технологий обеспечило возможность выполнения программированной или возникающей по показаниям повторной санации брюшной полости, не прибегая к релапаротомии. Имеющиеся для этого специальные элеваторы позволяют избежать необходимости массивной инсuffляции газа в брюшную полость и успешно производить ревизию и санацию различных ее отделов.

*В послеоперационном периоде продолжается интенсивная терапия, включающие следующие мероприятия:*

- Корректирующая инфузионно-трансфузионная терапия
- Антибактериальная терапия
- Борьба с парезом кишечника
- Парентеральное питание со 2-3 суток послеоперационного периода (2000-2500 ккал/сутки)
- Профилактика и лечение дыхательной недостаточности
- Профилактика и лечение сердечно-сосудистой недостаточности
- Борьба с болевым синдромом
- Коррекция нарушений гемостаза
- Профилактика тромбоэмболических осложнений
- Интра- и экстракорпоральная детоксикация
- Иммунокорректирующая терапия
- Общегигиенические мероприятия

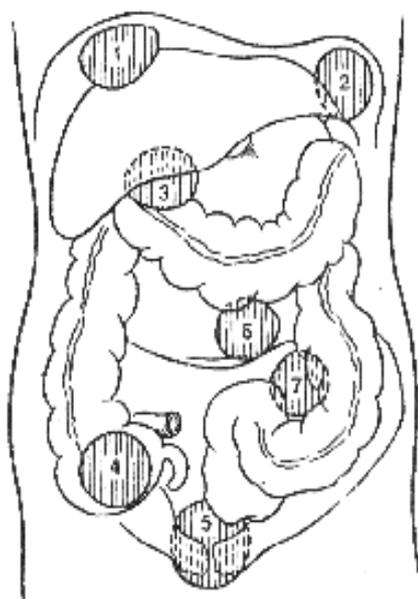
Оценка эффективности лечения перитонита основывается на следующих признаках:

1. Разрешение перитонеального и воспалительного синдромов
2. Появление и усиление перистальтики, разрешения синдрома кишечной недостаточности
3. Уменьшение отделяемого по дренажам и зонду
4. Уменьшение клинических и лабораторных симптомов интоксикации
5. Отсутствие воспалительных инфильтратов и абсцессов в брюшной полости
6. Нормализация деятельности органов и систем, гомеостаза.

### ***Абсцессы брюшной полости:***

Абсцесс – это ограниченное пиогенной мембраной скопление гноя, состоящего из микроорганизмов, поврежденных клеточных элементов, некротизированных тканей и продуктов их распада. Формируются абсцессы в результате неадекватного лечения острых воспалительных заболеваний или травм органов брюшной полости, чаще всего острого аппендицита, холецистита, гнойных гинекологических заболеваний.

Клинически абсцессы манифестируют лихорадкой, болями в животе, при осмотре определяется болезненный инфильтрат в проекции абсцесса. При абсцессе малого таза диагноз устанавливают при пальцевом ректальном исследовании, обнаруживая напряженную болезненную переднюю стенку прямой кишки. Из дополнительных методов исследования высокоинформативны УЗИ и КТ, позволяющие выявить абсцесс(ы), оценить их локализацию, размеры, определить тактику лечения.



- 1 — правосторонний поддиафрагмальный абсцесс;
- 2 — левосторонний поддиафрагмальный абсцесс;
- 3 — подпеченочный абсцесс;
- 4 — абсцесс правой подвздошной ямки;
- 5 — тазовый абсцесс;
- 6 — межкишечный абсцесс;

*Рис. 4. Наиболее частые локализации абсцессов брюшной полости*

Абсцесс брюшной полости – это местный ограниченный перитонит, соответственно принципы их лечения схожи. Полость абсцесса должна быть вскрыта (по возможности внебрюшинным доступом во избежание

инфицирования свободной брюшной полости) и адекватно дренирована. В послеоперационном периоде проводится антибактериальная терапия, объем которой определяется исходя из выявленного возбудителя и его чувствительности к антибиотикам.

В настоящее время все чаще интраабдоминальные абсцессы лечат с помощью пункций и дренирования под контролем УЗИ и КТ.

**Вопросы для самоконтроля.****001. Наиболее частой причиной развития перитонита является**

- а) острая кишечная непроходимость
- б) кровоточащая язва двенадцатиперстной кишки
- в) острый мезаденит
- г) острый сальпингит
- д) острый деструктивный аппендицит

**002. Факторами, способствующими развитию странгуляционной кишечной непроходимости, являются**

- 1) длинная узкая брыжейка
- 2) наличие спаек
- 3) повышение внутрибрюшного давления
- 4) прием алкоголя
- 5) прием жирной пищи

Выберите комбинацию ответов: а) верно 1, 3, 5; б) верно 2, 3, 4, 5; в) верно 1, 2, 3; г) верно 3, 4, 5; д) верно 1, 3, 4

**003. При обзорной рентгенографии брюшной полости у больных с кишечной непроходимостью выявляется**

- а) наличие жидкости в свободной брюшной полости
- б) наличие газа в петлях кишечника
- в) заворот петли кишки
- г) наличие опухоли в кишке
- д) уровни жидкости в просвете кишки

**004. Наиболее эффективным способом предупреждения**

и лечения послеоперационного пареза кишечника при перитоните является

- а) дренирование брюшной полости
- б) введение новокаина в корень брыжейки тонкой кишки
- в) механическое расширение анального отверстия
- г) назоэнтеральная интубация
- д) назогастральное дренирование

**005. Псевдоперитонеальный синдромом не проявляется**

- а) плевропневмония
- б) диабетический ацидоз
- в) инфаркт миокарда
- г) менингит
- д) внематочная беременность

**006 Перитонитом осложняются следующие заболевания**

- 1) кишечная непроходимость
- 2) острый холецистит
- 3) желудочно-кишечное кровотечение
- 4) острый панкреатит
- 5) тромбоз мезентеральных сосудов

Выберите комбинацию ответов: а) верно 1, 2, 4, 5; б) верно 1, 3, 4, 5

в) верно все; г) верно 1, 2, 3; д) верно 2, 3, 4

**007, Для поздней стадии перитонита не характерно**

- а) усиленная перистальтика кишечника
- б) вздутие живота
- в) обезвоживание
- г) исчезновение кишечной перистальтики
- д) сухой обложенный язык

**008. Для диагностики перитонита наиболее эффективным методом является**

- а) ирригоскопия
- б) лапароскопия
- в) гастродуоденоскопия
- г) УЗ-исследование
- д) ренография

**009. Для диагностики тазового абсцесса наиболее простым, доступным и информативным методом следует считать**

- а) исследование с помощью ректального зеркала
- б) ректороманоскопия
- в) пальцевое исследование прямой кишки
- г) лапароскопия
- д) обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости

**010. Оперативное лечение разлитого перитонита состоит из следующих этапов**

- 1) тщательного осушивания брюшной полости с последующим ее дренированием
- 2) устранения источника перитонита
- 3) эпицистостомии
- 4) промывания брюшной полости антисептиками или антибиотиками
- 5) назоэнтеральной интубации

Выберите комбинацию ответов: а) верно все; б) верно 1, 2, 3, 4

в) верно 1, 2, 3, 5; г) верно 2, 3, 4, 5; д) верно 1, 2, 4, 5

**011. Для ранней стадии перитонита характерны следующие симптомы**

- 1) постоянные боли в животе, усиливающиеся при движениях
- 2) частые позывы к мочеиспусканию
- 3) вздутие живота
- 4) напряжение мышц живота
- 5) симптом Щеткина–Блюмберга

Выберите комбинацию ответов: а) верно все; б) верно 1, 4, 5

в) верно 1, 2, 4, 5; г) верно 2, 3, 4, 5; д) верно 1, 2, 3, 4

**012. Наиболее частой причиной перитонита является**

- а) послеоперационные осложнения
- б) закрытая травма живота
- в) перфорация желчного пузыря
- г) перфоративный аппендицит
- д) тонкокишечная непроходимость

**013. При перитоните наиболее информативен следующий метод исследования**

- а) рентгеноскопия брюшной полости
- б) УЗИ-исследование
- в) лапароскопия
- г) анализ крови
- д) ангиография

**014. Наиболее целесообразным доступом при разлитом перитоните является**

- а) верхне-срединная лапаротомия
- б) средне-срединная лапаротомия
- в) нижне-срединная лапаротомия
- г) разрез в правом подреберье
- д) разрез в правой подвздошной области

**015. При лечении разлитого перитонита не применимо**

- а) назоэнтеральное зондирование
- б) вагосимпатическая блокада
- в) блокада брыжейки тонкой кишки
- г) дренирование брюшной полости
- д) промывание брюшной полости

**016. Лечебной тактикой при разлитом перитоните является**

- а) плановая операция
- б) отсроченная операция
- в) экстренная операция
- г) наблюдение
- д) лапароскопическое дренирование

**017. Частой причиной перитонита является**

- а) стеноз желудка
- б) язвенное кровотечение
- в) перфорация полого органа

- г) тромбоз мезентеральных сосудов
- д) механическая желтуха

**018. Наиболее частым признаком перитонита является**

- а) кровавый стул
- б) напряжение мышц передней брюшной стенки
- в) задержка газов и отсутствие стула
- г) лихорадка
- д) тахикардия

**019. Диагноз перитонита на операции ставится на основании всех признаков, кроме**

- а) гиперемии брюшины
- б) наличия наложения фибрина
- в) наличия мутного выпота
- г) наличия асцита
- д) тусклого вида брюшины

**020. При местном ограниченном перитоните применяется**

- а) локальный разрез над источником перитонита
- б) верхне-срединная лапаротомия
- в) нижне-срединная лапаротомия
- г) средне-срединная лапаротомия
- д) трансректальный разрез

**021. Разлитой перитонит может быть следствием всех перечисленных заболеваний, кроме**

- а) аппендицита
- б) прободной язвы желудка
- в) острого холецистита
- г) острой кишечной недостаточности
- д) стеноза Фатерова сосочка

**022. Местный ограниченный перитонит - это**

- а) лимфаденит
- б) конгломерат
- в) абсцесс
- г) гранулема
- д) скопление транссудата

**023. Для перфорации полого органа не характерно**

- а) высокие цифры АД, головная боль
- б) острое начало заболевания
- в) тахикардия
- г) доскообразный живот
- д) коллапс

**024. Для диагностики тазового гнойника методом обследования является**

- а) рентгеноскопия брюшной полости
- б) пальпация брюшной стенки
- в) пальцевое исследование прямой кишки
- г) лапароскопия
- д) ректороманоскопия

**025. Наиболее информативным методом оценки состояния брюшины при ее воспалении является**

- а) лапароцентез
- б) лапароскопия
- в) обзорная рентгенография брюшной полости
- г) пневмоперитонеум
- д) ультразвуковое исследование брюшной полости

**026. Рентгенологическими признаками кишечной непроходимости по данным обзорной рентгенографии брюшной полости являются**

- а) симптом ниши
- б) дефект наполнения
- в) наличие уровней жидкости и газа в просвете кишки

г) пневмоперитонеум

**027. Асептический перитонит возможен**

- а) при остром аппендиците
- б) при прободной язве двенадцатиперстной кишки
- в) при кишечной непроходимости
- г) при перфорации раковой опухоли толстой кишки
- д) при отечной форме острого панкреатита

**028. Для разлитого перитонита не характерно**

- а) боли в животе
- б) положительный симптом Щеткина - Блюмберга
- в) напряжение мышц живота
- г) тошнота и рвота
- д) мелена

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ**

### **Задача 01.**

Больной 23 лет 3 часа назад получил удар в живот ногой. Жалуется на боли в животе, сухость во рту, тошноту, слабость. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. АД - 120/60 мм рт. ст, пульс 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный.

Язык сухой, обложен серым налетом. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина - Блюмберга резко положительный во всех отделах. Перкуторно определяется тимпанит, печеночная тупость отсутствует. При аускультации кишечные шумы единичные, слабые.

Ваш диагноз и Ваши действия.

**Задача 02.**

Больная 29 лет жалуется на боли по всему животу. Боли появились около 22 часов тому назад с последующей локализацией их в правой подвздошной области, затем распространились по всему животу. Состояние больной средней тяжести. Пульс в среднем 120 ударов в минуту. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации напряжен во всех отделах. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный. Печеночная тупость сохранена, аускультативно кишечные шумы не выслушиваются.

Диагноз и Ваши действия.

**Задача 03.**

Больную 65 лет в течение 3 суток беспокоят боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо, тошнота, эпизодически рвота. Боли усилились после приема пищи. Температура 38°C по вечерам, сильная слабость. Дома принимала спазмолитики. 5 часов тому назад состояние больной резко ухудшилось, появились боли по всему животу, чувство страха, одышка, рвота.

Объективно: кожные покровы бледные, покрыты липким потом, температура 39, 5°C. Пульс 120 ударов в минуту. Язык сухой. Живот умеренно вздут. Пальпаторно - резкая болезненность и напряжение мышц, больше в право-половине живота, положительный симптом Щеткина - Блюмберга в этой же зоне.

Ваш диагноз и лечебная тактика.

**Задача 04.**

Больной 36 лет. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Около 2 недель усилились изжога, боли в эпигастрии на голодный желудок.

Около 2 часов назад появились резкие кинжальные боли в эпигастрии, однократно наблюдалась рвота съеденной пищей. Жалуется на боли по всему животу режущего характера, затруднен вдох из-за болей в животе, слабость. Объективно: кожные покровы бледные. Выражение лица страдальческое, лежит в вынужденной позе на боку с приведенными к животу ногами. Пульс 68 ударов в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Язык сухой, чистый. Живот втянут, не участвует в акте дыхания, при пальпации резко напряжен и болезненен во всех отделах. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный. Печеночная тупость отсутствует.

Диагноз и лечебная тактика.

#### **Задача 05.**

У молодой женщины внезапно возникли боли в нижнем отделе живота слева. Боли носят постоянный характер, иррадиируют в прямую кишку. Последние 2 года лечилась в женской консультации. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 38°C, пульс 102 удара в минуту. Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. Пальпаторно - в нижнем отделе живота напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность, положительный симптом Щеткина - Блюмберга по всей нижней половине живота. Симптомы Ровзинга, Ситковского отрицательные. Боль при пальпации передней стенки прямой кишки. При вагинальном исследовании усиление болей внизу живота при смещении шейки матки.

Ваш диагноз и действия.

1. Больной 30 лет находится в операционной в связи с разлитым перитонитом двухсуточной давности. На операции: фактическое «расплавление» червеобразного отростка, зловонный жидкий гной почти во

всех отделах брюшной полости, выраженный парез кишечника. Какой доступ предпочтительнее в такой ситуации?

- а. срединная лапаротомия
- б. поперечная лапаротомия
- в. трансректальная лапаротомия
- г. Мак-Берни
- д. Ленандера

**Что из оперативных приемов не соответствует данной ситуации?**

- а. аппендэктомия
- б. санация брюшной полости
- в. декомпрессия кишечника
- г. возможно, дренирование брюшной полости
- д. лапаростомия

**Что, скорее всего, будет превалировать с бактериальном спектре?**

- а. бактероиды
- б. кишечная палочка
- в. стрептококки
- г. клостридии
- д. стафилококки

**Что из приведенного не показано в послеоперационном ведении больного?**

- а. декомпрессия желудка и кишечника
- б. антибактериальная терапия
- в. инфузионная терапия
- г. дезинтоксикационная терапия
- д. гемотрансфузии

2. Больная 65 лет находится в операционной по поводу многодневного перитонита. На операции: зловонный гной с примесью кишечного содержимого во всех отделах брюшной полости, резчайший парез кишечника, перфорация опухоли сигмовидной кишки. Какой способ санации брюшной полости Вы выберете:

- а. введение антибиотиков в брюшную полость
- б. обработка брюшины антисептиками
- в. эвакуация выпота салфетками
- г. аспирация выпота
- д. промывание большими количествами изотонического раствора с последующей аспирацией

**Что предпримете для декомпрессии кишечника?**

- а. энтеротомию с аспирацией
- б. пункцию кишки с аспирацией
- в. «сдаивание» в нижележащие отделы кишечника
- г. новокаиновую блокаду корня брыжейки
- д. назоинтестинальную зондовую декомпрессию

**Что не понадобится в послеоперационном периоде?**

- а. декомпрессия желудка
- б. продленная ИВЛ
- в. запрограммированная релапаротомия в случае отсутствия улучшения на фоне лечения
- г. гемотрансфузии
- д. антибактериальная терапия

3. Больной 30 лет перенес резекцию желудка по Бильрот-II по поводу кровоточащей дуоденальной язвы. С третьих суток состояние больного резко ухудшилось. Объективно: больной возбужден. Одышка до 26 в минуту. Пульс 130 в минуту, аритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Живот вздут, болезненный, напряжен – больше справа. Ваш диагноз:

- а. кишечное кровотечение
- б. острый панкреатит
- в. ранняя спаечная непроходимость
- г. ТЭЛА
- д. несостоятельность культи 12-перстной кишки

**Как охарактеризовать состояние больного?**

- а. бактериальный шок
- б. геморрагический шок
- в. аритмогенный коллапс
- г. энзимотический шок
- д. интоксикационный делирий

**Что из диагностических приемов однозначно подтвердило бы Ваш диагноз:**

- а. примесь желчи по дренажу из брюшной полости
- б. свободный газ в брюшной полости
- в. чаши Клойбера
- г. свободная жидкость в брюшной полости на УЗИ
- д. застойное содержимое при зондировании культи желудка

**Что из лабораторных данных однозначно подтвердило бы Ваш диагноз?**

- а. патологический сдвиг
- б. гиперглюкоземия
- в. уремия
- г. гиперамилаземия
- д. ничего из названного

4. Больная 36 лет неделю назад перенесла аппендэктомию по поводу гангренозного перфоративного аппендицита и местного перитонита. С третьего дня после операции интермиттирующая лихорадка с верхними подъемами до 39°C и ознобами, нарастающие боли внизу живота и промежности, частый жидкий стул и учащенное же мочеиспускание. Какое осложнение вероятно в такой ситуации?

- а. несостоятельность культи аппендикса
- б. пилефлебит
- в. нагноение п/о раны
- г. абсцесс Дугласова пространства
- д. ранняя спаечная кишечная непроходимость

**Какое исследование будет наиболее информативным?**

- а. вагинальное пальцевое исследование
- б. ректальное пальцевое исследование
- в. обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- г. зондирование раны
- д. УЗИ, возможно вагинальным датчиком

**Оптимальный способ лечения:**

- а. антибиотикотерапия
- б. ревизия раны
- в. релапаротомия
- г. трансректальное дренирование
- д. пункции или дренирование через задний свод влагалища

***Рекомендуемая литература:***

1. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В.С. Савельева – М., Издательство «Триада-Х», 2004
2. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. М., Триада-Х, 2000
3. Перитонит. Практическое руководство под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. Москва, Издательство «Литтерра», 2006
4. Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит. – М.: Два Мира Прин, 2000

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования*

**Первый Московский Государственный Медицинский Университет**

**имени И.М. Сеченова**

*Кафедра факультетской хирургии №2 лечебного факультета*

**Шулутко А.М., Семиков В.И., Крылов А.Ю.**

**Сборник ситуационных задач для итогового контроля знаний студентов**

**4 курса лечебного факультета и факультета военного обучения**

**по факультетской хирургии**

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальностям: 06010165 – лечебное дело, 06010365 – педиатрия.

№17-28/256

13.05.2008.

**Задача № 1**

Больная 28 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, похудание, сердцебиение, перебои в деятельности сердца. При пальпации щитовидная железа увеличена за счет обеих долей и перешейка, мягко-эластической консистенции, безболезненная. Положительны глазные симптомы: экзофтальм, редкое мигание, нарушение конвергенции. Пульс 110 уд. в минуту. При УЗИ – диффузное увеличение щитовидной железы, объем – 25 мл

**1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки**

- А. Острый тиреодит.
- Б. Рак щитовидной железы
- В. Тиреодит де Кервена
- Г. Диффузно-токсический зоб
- Д. Тиреотоксическая аденома

**2. Вы поставили диагноз. Какой метод исследования является наиболее информативным.**

- А. Исследование основного обмена
- Б. Исследование уровня тиреоидных гормонов и уровня тиреотропного гормона
- В. Тонкоигольная аспирационная биопсия
- Г. Сканирование радиоизотопным иодом
- Д. Лимфография

**3. Укажите наиболее частую причину тиреотоксикоза**

- А. Тиреотоксическая аденома
- Б. Аутоиммунный тиреодит
- В. Диффузно-токсический зоб
- Г. Многоузловой зоб с базедофикацией
- Д. Зоб Риделя

**4. Какое лечение показано данной больной**

- А. Лечение радиоактивным йодом
- Б. Срочная тиреоидэктомия
- В. Терапия тиреостатическими препаратами
- Г. Субтотальная резекция щитовидной железы
- Д. Дистанционная лучевая терапия

**Задача № 2**

У больной на 2-е сутки после тиреоидэктомии по поводу многоузлового зоба появились парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение «мурашек». Позднее диагностирован симптом «руки акушера», боли и судороги в мышцах.

**1. Какое осложнение послеоперационного периода можно предположить**

- А. Кровотечение с образованием гематомы
- Б. Гипотиреоз
- В. Гипопаратиреоз
- Г. Тиреотоксический криз
- Д. Гиперпаратиреоз

**2. Какое исследование наиболее информативно для уточнения характера осложнения**

- А. Определение уровня ионизированного кальция и паратгормона крови

- Б. Электромиография
- В. Исследование уровня тиреоидных гормонов
- Г. УЗИ области шеи
- Д. Рентгенография костей черепа

**3. Вы поставили правильный диагноз. Ваша тактика**

- А. Срочная операция и ревизия раны
- Б. Введение препаратов кальция и витамина D3
- В. Введение тиреоидных гормонов
- Г. Назначение тиреостатической терапии.
- Д. Введение кальцитонина

**4. Укажите основную причину первичного гиперпаратиреоза**

- А. Медуллярный рак щитовидной железы
- Б. Бронхиальный карциноид
- В. Аденома паращитовидной железы
- Г. Множественные эндокринные неоплазии тип 2
- Д. Тиреотоксическая аденома

**Задача № 3**

Больная С., 25 лет, поступила с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой молочной железе, боль и покраснение кожи в области образования, повышение температуры тела до 38 гр. С. Из анамнеза известно, что больная в течении 6 месяцев после родов кормит ребенка грудью. За последнюю неделю появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре в верхне-наружном квадранте левой молочной железы имеется гиперемия и кожи. При пальпации над этой областью определяется опухолевидное образование диаметром 6-7 см, плотно-эластической консистенции, с нечеткими контурами, резко болезненное при пальпации. Из сосков отделяемое белого цвета без запаха.

**1. Предварительный диагноз**

- А. Фиброаденома
- Б. Острый мастит
- В. Маститоподобный рак
- Г. Узловая мастопатия
- Д. Папиллома

**2. Наиболее частый возбудитель мастита**

- А. Кишечная палочка
- Б. Синегнойная палочка
- В. Стафилококк
- Г. Протей
- Д. Стрептококк

**3. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза**

- А. Маммография
- Б. Ультразвуковое исследование
- В. МР-томография.
- Г. Пункция образования под контролем УЗИ.
- Д. Рентгеноскопия грудной клетки

**4.Какова тактика лечения больной** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Антибактериальная терапия
2. Вскрытие и дренирование мастита
3. Подавление лактации
4. Тугое бинтование груди
5. Возвышенное положение молочных желез

#### **Задача № 4**

Больная Г., 40 лет поступила с жалобами на боли в обеих молочных железах, возникающие за 2-3 дня перед менструацией, выделения из правой молочной железы. Боли в обеих молочных железах беспокоят в течение 5 лет. К врачам не обращалась. В течение последних 3 месяцев обратила внимание на выделения из правой молочной железы. При осмотре молочные железы развиты правильно. Кожа над ними не изменена. При пальпации отмечается диффузное уплотнение и болезненность обеих молочных желез. Узловых образований не выявлено. При надавливании из правого соска светлые прозрачные выделения зеленоватого цвета.

**1.Предварительный диагноз** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
2. Рожеподобный рак
3. Внутрипротоковая папиллома правой молочной железы.
4. Киста правой молочной железы.
5. Узловая мастопатия

**2.Дополнительные методы обследования** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Маммография.
2. Цитологическое исследование отделяемого.
3. Дуктография
4. Ультразвуковое исследование
5. МР-томография

**3.Консервативное лечение при доброкачественных поражениях молочных желез** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Подавление фолликулостимулирующего гормона
2. Подавление лютеинизирующего гормона
3. Антипролактиновые препараты
4. Эстрогенстимулирующие препараты
5. Антибиотикотерапия

**4.Вы поставили правильный диагноз. Определите тактику лечения больной** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Секторальная резекция правой молочной железы
2. Консервативная терапия
3. Подкожная мастэктомия
4. Пункция и аспирация крупных кист под контролем УЗИ
5. Кастрация

### Задача № 5.

Больной М, 57 лет поступил в клинику с жалобами на кашель, с мокротой, иногда с прожилками крови, слабость, потливость, повышение температуры тела по вечерам до 37.5гр. С. В анамнезе: дважды в течение 3 месяцев больной госпитализировался в терапевтический стационар с диагнозом: правосторонняя пневмония. После курса антибиотикотерапии выписывался домой со значительным улучшением состояния. При осмотре: состояние средней тяжести. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторно справа отмечается притупление перкуторного звука, отсутствие голосового дрожания, ослабление дыхательных шумов. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение тени корня правого легкого, ателектаз верхней доли правого легкого.

#### 1.Предварительный диагноз?

- А. Бронхоэктатическая болезнь.
- Б. Острый абсцесс легкого.
- В. Пневмония.
- Г. Рак легкого.
- Д. Эмпиема плевры.

**2.Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1.Компьютерная томография легких.
- 2.Исследования функции внешнего дыхания.
- 3. Бронхоскопия с биопсией.
- 4.Бронхография.
- 5.Исследование мокроты.

**3.Вы установили правильный диагноз. Какова Ваша тактика лечения** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1.Противовоспалительная терапия
- 2. Хирургическое лечение.
- 3. Динамическое наблюдение.
- 4. Хирургическое лечение с последующей химиотерапией
- 5.Лучевая терапия.

**4.Какие методы профилактики данного заболевания Вы могли бы предложить?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1.Борьба с курением.
- 2.Поддержание чистоты воздуха.
- 3.Регулярные флюорографии.
- 4. Профилактические мероприятия с лицами, относящимися к группам риска.
- 5. Дыхательная гимнастика

### Задача № 6

У больного 40 лет, вскоре после проведенной диагностической эзофагогастроскопии, появились резкие боли за грудиной, иррадиирующие в спину и левое плечо, однократная

рвота с примесью алой крови. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Живот мягкий, безболезненный. Температура-37,2,лейкоциты-10000.

### 1.Предварительный диагноз?

- А. острый инфаркт миокарда.
- Б. кровотечение из расширенных вен пищевода.
- В. повреждение пищевода.
- Г. перфоративная язва желудка.
- Д. синдром Мелори-Вейса.

**2. Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1) обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей.
- 2) эзофагогастродуоденоскопия.
- 3) Р-исследование пищевода с водорастворимым контрастом.
- 4) ЭКГ
- 5) УЗИ органов брюшной полости.

**3. Вы установили правильный диагноз. Какие осложнения могут возникнуть у больного?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1) кровотечение.
- 2) медиастинит.
- 3) эмпиема плевры.
- 4) перитонит
- 5) кардиогенный шок.

**4. Ваша тактика лечения.** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. исключение питания через рот, назогастральный зонд.
- 2. дренирование средостения
- 3. антибиотикотерапия.
- 4. экстренная торакотомия.
- 5. экстренная лапаротомия

### Задача № 7

У больного 23 лет с паховой грыжей после поднятия тяжести грыжа перестала вправляться, появились сильные боли в области грыжевого выпячивания. При осмотре – общее состояние удовлетворительное, грыжевое выпячивание при пальпации резко болезненное, в брюшную полость не вправляется.

### 1.Предварительный диагноз?

- А. Кишечная колика
- Б. Острый аппендицит
- В. Почечная колика
- Г. Ущемленная паховая грыжа
- Д. Перфоративная язва

**2. Наиболее характерный признак при этом заболевании ?**

- А. Отрицательный симптом «кашлевого толчка»
- Б. Отрицательный симптом «блока»

- В. «Доскообразный живот»
- Г. Исчезновение печеночной тупости
- Д. Мелена

**3. Наиболее информативный диагностический прием для определения тактики лечения ?**

- А. Компьютерная томография
- Б. УЗИ брюшной полости
- В. Физикальное исследование
- Г. Обзорная рентгенография брюшной полости
- Д. Лапароскопия

**4. Ваша тактика лечения ?**

- А. Экстренная операция
- Б. Антибиотикотерапия
- В. Введение спазмолитиков
- Г. Попытка вправления грыжевого выпячивания
- Д. Очистительная клизма

**Задача № 8**

Больной 45 лет с невправимой паховой грыжей в течении 3 суток отмечает боли в области грыжевого выпячивания, увеличение грыжевого выпячивания в размерах, покраснение и уплотнение кожных покровов над выпячиванием, повышение температуры тела до 39 градусов с ознобами. Объективно – состояние больного средней тяжести, живот умеренно вздут, безболезненный, грыжевое выпячивание резко болезненное, кожа над ним отечна и гиперемирована.

**1. Предварительный диагноз?**

- А. Перитонит
- Б. паховый лимфаденит
- В. Острый аппендицит
- Г. Флегмона грыжевого мешка
- Д. скользящая грыжа

**2. Наиболее частая причина возникновения данного заболевания?**

- А. Ущемление грыжи
- Б. Длительные запоры
- В. Хронический простатит
- Г. Острая кишечная непроходимость
- Д. Прободная язва

**3. Наиболее информативный диагностический метод?**

- А. Обзорная рентгенография брюшной полости
- Б. Физикальное обследование, анамнез
- В. Лапароскопия
- Г. пункция инфильтрата
- Д. ультразвуковое исследование грыжи

**4. Ваша тактика лечения?**

- А. Динамическое наблюдение
- Б. Экстренная операция

- В. Попытка вправления грыжи
- Г. антибактериальная терапия
- Д. плановая операция - грыжесечение

### Задача № 9

Пациент И., 34 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, перебои в работе сердца, быструю утомляемость. Из анамнеза известно, что при рождении выявлен шум в сердце. Ранее не обследовался. Ухудшение состояния в течение последних 2 лет, когда стала нарастать одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца. Объективно: в легких дыхание с жестким оттенком. Тоны сердца ритмичные, единичные желудочковые экстрасистолы. Систолический шум над областью сердца с максимумом во 2-3 межреберье слева от грудины, акцент 2 тона над легочной артерией. На ЭКГ: правограмма, признаки гипертрофии правого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы. Блокада правой ножки пучка Гиса. На ЭХОКГ: клапаны сердца без особенностей, отмечается расширение правых камер сердца, турбулентный поток на уровне межпредсердной перегородки, со сбросом слева направо.

Рентгенография легких: усиление сосудистого рисунка легких, тень сердца расширена, в прямой проекции увеличена 2 дуга.

#### 1. Предварительный диагноз:

- А. коарктация аорты
- Б. митральный порок
- В. открытый артериальный проток
- Г. дефект межпредсердной перегородки
- Д. перикардит

#### 2. Наиболее характерные признаки при этом заболевании:

- А. гипертонические кризы
- Б. боли в области сердца
- В. одышка
- Г. головокружение
- Д. сердцебиение

#### 3. Наиболее информативные диагностические методы для определения тактики лечения (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1) зондирование полостей сердца,
- 2) коронарография,
- 3) комплексная эхокардиография,
- 4) рентгенография грудной клетки,
- 5) ЭКГ

#### 4. Ваша тактика лечения:

- А. наблюдение,
- Б. медикаментозная терапия,
- В. оперативное лечение,
- Г. ангиопластика,
- Д. установка кардиостимулятора

**Задача № 10**

Больной Д., 18 лет поступил в клинику по направлению военкомата. При обследовании были выявлены высокие цифры артериального давления 200/120 мм.рт.ст. пациент отмечает, что и раньше у него определялись высокие цифры АД. Предъявляет жалобы на периодические головные боли. Раньше не обследовался и не лечился. Состояние удовлетворительное. Телосложение нормальное. Хорошо развиты мышцы верхней половины туловища. Усиленная пульсация сосудов верхней половины туловища. Тоны сердца ритмичные. Над областью сердца и со спины между лопатками прослушивается систолический шум. АД на руках 190/110 мм.рт.ст. на ногах 105/60 мм.рт.ст. ЧСС 84 в мин. Пульсация на руках отчетливая, на ногах ослабленная. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. На ЭКГ: ритм синусовый, левограмма, признаки гипертрофии левого желудочка. На рентгенограмме грудной клетки: узурация нижнего края 3-4 пары ребер.

**1. Предварительный диагноз:**

- А. открытый артериальный проток
- Б. вегето-сосудистая дистония
- В. митральный порок сердца
- Г. коарктация аорты
- Д. ИБС

**2. Наиболее характерные признаки при этом заболевании** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. снижение артериального давления на ногах
- 2. одышка
- 3. головные боли
- 4. отеки ног
- 5. боли в области сердца

**3. Наиболее информативные диагностические методы для определения тактики лечения :**

- А. рентгенография грудной клетки
- Б. коронарография
- В. торакоскопия
- Г. аортография
- Д. сцинтиграфия легких

**4. Ваша тактика лечения:**

- А. длительное наблюдение
- Б. медикаментозная терапия
- В. оперативное лечения
- Г. санаторно-курортное лечение

**Задача № 11**

Больной С., 62 лет. Поступил с жалобами на боли в икроножных мышцах левой голени, возникающие при прохождении 50-100 метров и исчезающие после кратковременного отдыха. Заболел 2 года назад, когда впервые стал отмечать боли в левой голени при длительной ходьбе. В последующем количество метров, которое мог пройти больной без отдыха, прогрессивно уменьшалось. За лечебной помощью не обращался. Объективно: левая голень и стопа бледной окраски, кожная температура снижена. Волосы на голени отсутствуют. Ногти на пальцах ног потускневшие, ломкие. Пульсация на правой нижней

конечности определяется во всех точках, на левой – лишь на бедренной артерии. Положительные симптомы Оппеля, Самуэляса, Гольдфлама.

**1. Предварительный диагноз:**

- А. облитерирующий атеросклероз
- Б. облитерирующий тромбангиит
- В. диабетическая макроангиопатия
- Г. неспецифический аортоартериит
- Д. диабетическая микроангиопатия

**2. Причина отсутствия пульсации на левой подколенной артерии:**

- А. окклюзия бедренно-подколенного сегмента
- Б. левосторонний илеофemorальный тромбоз
- В. тромбоз наружной подвздошной артерии слева
- Г. окклюзия терминального отдела брюшной аорты
- Д. аневризма подвздошной артерии

**3. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?**  
(выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. реовазография
- 2. дуплексное сканирование
- 3. транслюмбальная аортография
- 4. компьютерная томография
- 5. магнитно-резонансная томография

**4. Возможная лечебная тактика у данного больного:**

- А. бедренно-подколенное шунтирование
- Б. поясничная симпатэктомия
- В. бедренно-тибиальное шунтирование
- Г. аорто-бедренное шунтирование, дополненное бедренно-подколенным шунтированием
- Д. консервативная терапия с целью улучшения микроциркуляции и метаболических процессов в тканях и стимуляции развития коллатералей

**Задача № 12**

Больной А., 46 лет, поступил с жалобами на боли в икроножных мышцах, ягодицах и пояснице, возникающие при прохождении 20-30 метров, импотенцию. Считает себя больным в течение 9 месяцев. Два гола назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. Объективно: состояние больного удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 72 в 1 минуту, правильного ритма. Кожные покровы нижних конечностей цвета “слоновой кости”. Волосистой покров на голени отсутствует. Пульс на артериях нижних конечностей не определяется. Положительные симптомы Самуэляса, Гольдфлама, Панченко.

**1. Предварительный диагноз:**

- А. облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (синдром Лериша)
- Б. неспецифический аортоартериит
- В. атеросклеротические окклюзии правой и левой поверхностных бедренных артерий
- Г. облитерирующий тромбангиит
- Д. болезнь Рейно

**2. Причина отсутствия пульса на артериях ног:**

- А. окклюзия подвздошных артерий
- Б. атероматоз аорты с пристеночным тромбом
- В. атеросклеротическое поражение терминального отдела брюшной аорты и окклюзия подвздошных артерий
- Г. “синдром мезентериального обкрадывания”
- Д. постинфарктная аневризма сердца, осложненная сердечной недостаточностью (фракция выброса менее 40%)

**3. Укажите наиболее оптимальные исследования, которые следует выполнить для установки диагноза (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)**

- 1. магнитно-резонансная томография
- 2. доплерография
- 3. транслумбальная аортоартериография
- 4. аортография по Сельдингеру
- 5. реовазография

**4. Возможная лечебная тактика у данного больного:**

- А. аорто-бедренное шунтирование бифуркационным протезом
- Б. резекция бифуркации аорты с протезированием
- В. поясничная симпатэктомия
- Г. эндартерэктомия из подвздошных артерий
- Д. стентирование подвздошных артерий

**Задача № 13**

Поступила больная 48 лет с клинической картиной острого флегмонозного холецистита и явлениями местного перитонита. Больной назначено консервативное лечение. Через шесть часов от поступления появились сильные боли в животе, холодный пот, пульс 120 уд. в мин.; живот напряжен и резко болезнен во всех отделах; положителен симптом Щеткина—Блюмберга во всех отделах.

**1. Какое осложнение развилось у больной:**

- А. острый деструктивный холецисто-панкреатит;
- Б. эмпиема желчного пузыря;
- В. острый перфоративный холецистит, диффузный перитонит;
- Г. острый холангит;
- Д. острый панкреонекроз.

**2. Наиболее информативным методом диагностики данного заболевания является:**

- А. обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- Б. внутривенная холецистохолангиография;
- В. ультразвуковое исследование (УЗИ);
- Г. эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС);
- Д. лапароскопия.

**3. Оптимальным методом диагностики является:**

- А. обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- Б. внутривенная холецистохолангиография;

- В. ультразвуковое исследование (УЗИ);
- Г. эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС);
- Д. лапароскопия.

**4. Назовите необходимый объем оперативного вмешательства при этой ситуации:** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Холецистэктомия
2. Тщательная санация брюшной полости;
3. Дренирование брюшной полости;
4. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия;
5. Дренирование общего желчного протока по Керу.

#### **Задача № 14**

У больного 68 лет, с двумя инфарктами миокарда в анамнезе, 3 дня назад был приступ резких болей в правом подреберье, который быстро самостоятельно купировался. Через 10 часов вновь появились боли в правом подреберье, принявшие постоянный и нарастающий характер. Была повторная рвота желчью. Температура повысилась до 38 градусов. Ранее при УЗИ были выявлены плотные включения в желчном пузыре. Состояние больного средней тяжести, пульс 98 уд. в мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно напряжен и болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Симптомы Ортнера и Мюсси положительны, симптом Щеткина— Блюмберга положителен только в правом подреберье.

**1. Для желчной колики характерно** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Интенсивная боль в правом подреберье.
2. Иррадиация болей в правую лопатку.
3. Симптом Ортнера Симптом.
- 4.. Щеткина-Блюмберга в правом подреберье
5. Высокая температура.

**2. Наиболее вероятным диагнозом у данного больного является:**

- А. острый холецисто-панкреатит;
- Б. острый катаральный холецистит;
- В. острый деструктивный холецистит;
- Г. эмпиема желчного пузыря;
- Д. острый холангит.

**3. Оптимальным методом диагностики данного заболевания является:**

- А. компьютерная томография брюшной полости;
- Б. РПХГ;
- В. ультразвуковое исследование (УЗИ);
- Г. внутривенная холецистохолангиография;
- Д. лапароскопия.

**4. Ваша оптимальная лечебная тактика:**

- А. консервативная терапия;
- Б. экстренная холецистэктомия;
- В. чрескожная холецистостомия под контролем УЗИ;
- Г. эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ);

Д. холецистэктомия в плановом порядке.

### Задача № 15

Женщина 60 лет, предъявляет жалобы на ноющие боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, беспокоящие в течение 4 месяцев, ставшие в последнее время постоянными. Очевидной диспепсии нет, однако похудела. Желтухи и лихорадки нет. Пальпаторная болезненность в эпигастральной области, явных новообразований не выявляется. При ЭГДС – патологии не обнаружено. При УЗИ в проекции тела и хвоста ПЖ определяется кистозное образование, с внутренней структурой диаметром до 60 мм, не дающее доплеровского эффекта, панкреатический проток не расширен; патологии гепатобилиарной системы нет

#### 1. Что в анамнезе имеет существенное значение для постановки диагноза

- А. возраст и пол больной
- Б. длительность анамнеза болей
- В. похудание
- Г. отсутствие патологии билиарной системы
- Д. отсутствие острого панкреатита в анамнезе

#### 2. Какой метод будет иметь принципиальное значение для верификации процесса

- А. цитологическое исследование аспирата (из образования)
- Б. ретроградная холангиопанкреатикография
- В. определение уровня панкреатических ферментов в крови и аспирате
- Г. КТ или МРТ
- Д. фистулография образования (при пункции)

#### 3. Какова опасность выполнения цистодигестивного анастомоза в данном случае

- А. отсутствие связи с протоком железы
- Б. малый размер образования
- В. локализация образования в теле
- Г. возможность цистаденокарциномы
- Д. нет противопоказаний к выполнению цистодигестивного анастомоза

#### 4. Определите рациональный объем оперативного пособия

- А. Дистальная резекция поджелудочной железы
- Б. Панкреатодуоденальная резекция
- В. Цистодигестивный анастомоз
- Г. Энуклеация образования
- Д. Нет показаний к оперативному лечению

### Задача № 16

Больного Г, 24 лет, в течение 3 лет беспокоят боли в эпигастральной области, возникающие через 1-1.5 часа после приема пищи и в ночные часы, изжога. 3 часа назад пациент отметил появление острой боли в эпигастральной области, которая распространилась по всему животу, затруднение дыхания в вертикальном положении. При госпитализации: состояние больного средней тяжести, находится в положении на правом боку с подогнутыми коленями; температура тела 36,8, отмечается тахикардия до 90 в минуту.

**1.Предварительный диагноз** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. острый аппендицит;
2. острый панкреатит;
3. перфоративная язва 12 п кишки;
4. мезентериальный тромбоз;
5. кровотечение из язвы 12п кишки.

**2.Наиболее характерные симптомы при этом заболевании** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. мелена;
2. “доскообразный живот”;
3. “шум плеска” ;
4. исчезновение печеночной тупости;
5. частый жидкий стул.

**3.Наиболее информативные методы исследования определяющие лечебную тактику** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

- 1.Обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости;
2. колоноскопия;
3. эзофагогастродуоденоскопия;
4. УЗИ брюшной полости;
5. исследование желудочной секреции.

**4. Ваша лечебная тактика при подтверждении диагноза?**

- А. массивная антибиотикотерапия;
- Б. введение антацидных препаратов;
- В. экстренная операция;
- Г. установка назогастрального зонда;
- Д. введение антиферментных препаратов.

#### **Задача № 17**

Больной М. 46 лет, длительно страдает язвенной болезнью желудка. В течение последних двух недель стал отмечать боли в эпигастриальной области через 15-20 минут после приема пищи. Сегодня утром отметил выраженную слабость и обильный черный жидкий стул. При осмотре: Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, отмечается “липкий пот”, тахикардия до 100 в минуту, АД снизилось до 90\50 мм.рт.ст.

**1. Наиболее вероятный диагноз?**

- А. кровотечение из язвы желудка;
- Б. перфорация язвы желудка;
- В. геморроидальное кровотечение;
- Г. острый панкреатит;
- Д. мезентериальный тромбоз.

**2. Клинические симптомы характерные для этого заболевания** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. мелена;

2. рвота “кофейной гущей”;
3. исчезновение болевого синдрома;
4. “доскообразный живот”;
5. выделение алой крови при дефекации.

**3. Необходимые диагностические мероприятия при поступлении в стационар** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. установка назогастрального зонда;
2. анализ крови на НВ и НТ;
3. экстренная ЭГДС;
4. УЗИ;
5. компьютерная томография органов брюшной полости.

**4. Лечебные мероприятия, которые проводятся при данном заболевании?** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

- 1-массивная антисекреторная терапия;
- 2- срочная операция;
- 3- ЭГДС;
- 4- антибиотикотерапия;
- 5-установка зонда Блекмора.

#### **Задача № 18**

В стационар поступил больной с диагнозом «острый аппендицит». Заболел 12 часов назад, когда у больного появились боли в правой подвздошной области, иррадиировавшие как в поясницу, так и в паховую область. Была тошнота, однократная рвота, отмечал учащение мочеиспускания.

Состояние больного удовлетворительное. Пульс 88 ударов в мин. Язык суховат. Живот в правой половине умеренно напряжен и болезнен лишь при глубокой пальпации. Симптом «псоас» положительный. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Пальпация правой поясничной области также несколько болезненна. Лейкоцитов в крови—13 х 10<sup>9</sup>/л.

**1. Какими заболеваниями может быть обусловлена описанная клиническая картина?** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. Острый холецистит
2. Острый ретроцекальный аппендицит.
3. Прободная язва 12 п.к.
4. Правосторонняя почечная колика.
5. Болезнь Крона.

**2. Диагностическая программа при остром аппендиците включает:** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. Тщательный сбор анамнестических данных.
2. Исключаются заболевания, которые могут симулировать острую патологию в животе.
3. Ректальное исследование у мужчин и дополнительное вагинальное исследование у женщин.
4. Проведение лабораторных исследований.

## 5. Ультразвуковое исследование.

**3. Дополнительные исследования, которые помогут уточнить диагноз:** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Срочное исследование мочи - общий анализ.
2. Лапароскопия.
3. Ультразвуковое исследование
4. Ангиография почечных артерий
5. Экскреторная урография.

**4. При подозрении на острый аппендицит нельзя назначать?**

- А. пузырь со льдом;
- Б. антибиотики;
- В. спазмолитики;
- Г. слабительное или клизму;
- Д. экстренную лапаротомию.

**Задача № 19**

Больной 80 лет в течение последних шести месяцев отмечает затруднения при дефекации, слизь и следы темной крови в кале. За 3 суток до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, не было стула. Общее состояние больного тяжелое, язык сухой, обложен белым налетом. Тахикардия до 90 в минуту, пульс слабого наполнения, единичные экстрасистолы. АД 110 и 60 мм.рт.ст. Живот равномерно вздут, временами видна на глаз перистальтика кишечника, пальпаторно живот мягкий, умеренно болезненный. Кишечные шумы отсутствуют. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании прямой кишки пустая, зияющая ампула. В анамнезе инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь.

**1. Наиболее вероятный клинический диагноз?**

- А. Острая кишечная непроходимость, обусловленная опухолью сигмовидной кишки
- Б. Частичная кишечная непроходимость, обусловленная опухолью левой половины ободочной кишки
- В. Заворот сигмовидной кишки
- Г. Спаечная кишечная непроходимость
- Д. Копростаз

**2. Какой из дополнительных методов исследования необходимо выполнить для подтверждения клинического диагноза в первую очередь?**

- А. Экстренная колоноскопия
- Б. Экстренная ректороманоскопия
- В. Ирригоскопия
- Г. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
- Д. Контроль пассажа по желудочно-кишечному тракту введенного per os бария

**3. Лечебная тактика в сложившейся ситуации?**

- А. Выполнить экстренную операцию сразу после поступления в стационар
- Б. Лечить больного консервативно и оперировать только в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии

В. Выполнить экстренную операцию после кратковременной подготовки, направленной на коррекцию нарушенного гомеостаза

Г. Восстановить пассаж кишечного содержимого по кишечной трубке с помощью экстренной колоноскопии, после чего экстренно оперировать больного

Д. Назначить консервативную терапию и оперировать больного через 1,5 – 2 недели после нормализации общего состояния

#### 4. Какую операцию необходимо выполнить?

А. Операция Гартмана

Б. Первый этап операции по Цейдлеру – Шлофферу

В. Операция Микулича

Г. Цекостомия

Д. Левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом

### Задача № 20

У больной 23 лет за 12 час до поступления в клинику появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота. В последующем боли локализовались над лоном и сопровождались тенезмами и дизурическими расстройствами. Состояние больной удовлетворительное. Пульс 96 ударов в мин. Язык суховат. Живот умеренно напряжен в правой пахово-подвздошной области. Симптом Щеткина— Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании обнаружена болезненность передней стенки прямой кишки. Температура 37,6° С, лейкоцитов в крови — 14 X 10.9/л.

#### 1. Ваш предварительный диагноз:

А. острый панкреатит;

Б. правосторонняя почечная колика (камень в н/3 мочеточника);

В. острый аппендицит с тазовым расположением червеобразного отростка;

Г. перфоративная язва 12 п.к.;

Д. мезентеральный тромбоз.

2. Наиболее характерные признаки при этом заболевании: (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. тенезмы;

2. болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании

3. дизурические расстройства;

4. напряжение мышц передней брюшной стенки;

5. тошнота и рвота;

3. Наиболее информативным методом исследования, уточняющим диагноз является:

А. ультразвуковое исследование (УЗИ);

Б. экскреторная урография ;

В. ангиография;

Г. лапароскопия;

Д. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

4. Особенность операции при данном варианте течения заболевания: (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. местная анестезия;

2. разрез Волковича-Дьяконова с рассечением влагалища прямых мышц живота

3. срединная лапаротомия;
4. общее обезболивание;
5. разрез Леннандера.

### Задача № 21

Больной 35 лет жалуется на безболезненное выделение алой крови из заднего прохода сразу после дефекации. Анамнез в течение 2 лет. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов. Гемоглобин – 80 г/л.

#### 1. Какое исследование будет наименее информативным в данном случае?

- А. Ирригоскопия
- Б. Пальцевое исследование прямой кишки
- В. Колоноскопия
- Г. Ректороманоскопия
- Д. Ректоскопия

#### 2. Предполагаемый диагноз?

- А. Геморрой
- Б. Анальная трещина
- В. Болезнь Крона
- Г. Неспецифический язвенный колит
- Д. Рак прямой кишки

#### 3. Каков в данном случае механизм кровотечения?

- А. Изъязвление опухоли
- Б. Трещина слизистой анального канала
- В. Изъязвление слизистой прямой кишки
- Г. Трансмуральная трещина стенки прямой кишки
- Д. Повреждение кавернозных тел

#### 4. Предполагаемое Вами лечение?

- А. Операция Миллигана-Моргана
- Б. Операция Кеню-Майлса
- В. Операция Габриэля
- Г. Операция Уайтхеда
- Д. Операция Тирша

### Задача № 22

В клинику поступил больной 35 лет с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Боли возникли около полусуток назад, связаны с приемом алкоголя. Состояние тяжелое. Пульс 120 уд. в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот резко болезненный в верхних отделах, в отлогих местах живота — притупление перкуторного звука. Перистальтика не выслушивается.

#### 1. Ваш диагноз:

- А. перфоративная язва желудка, перитонит;
- Б. острая кишечная непроходимость;
- В. инфаркт кишечника;
- Г. внутрибрюшное кровотечение;
- Д. острый панкреатит.

**2. Какими дополнительными исследованиями можно прямо подтвердить диагноз:** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. исследование мочи на амилазу
2. УЗИ;
3. лапароскопия;
4. гастро-дуоденоскопия;
5. обзорную рентгеноскопию брюшной полости;

**3. Наиболее характерные признаки при этом заболевании:** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. Многократная рвота;
2. Перитонизм;
3. Опоясывающие боли в животе;
4. Тахикардия;
5. Парез кишечника.

**4. Ваша тактика лечения в течение первых двух суток:**

- А. экстренная лапаротомия, радикальная операция;
- Б. строго консервативное лечение;
- В. консервативное лечение, при отсутствии эффекта в течение первых суток - операция;
- Г. консервативное лечение, возможны малоинвазивные пособия (пункция, дренирование);
- Д. повторные санационные лапаротомии.

### Задача № 23

Больной 30 лет жалуется на наличие болезненного уплотнения в области заднего прохода, боли при дефекации, повышение температуры тела до 37,6°C. Анамнез 3 дня. При осмотре в области ануса, на 5-6 часах определяется болезненная флюктуирующая припухлость, переходящая на анальный канал.

**1. Наиболее вероятный диагноз?**

- А. Фурункул промежности
- Б. Анальная трещина
- В. Подкожно-подслизистый парапроктит
- Г. Пельвиоректальный парапроктит
- Д. Нагноившаяся киста копчика

**2. Что в данном случае является источником инфекции?**

- А. Задняя крипта
- Б. Волосяная луковица
- В. Ретенция секрета кожных желез
- Г. Дефект слизистой ампулы прямой кишки
- Д. Передняя крипта

**3. Назовите эквивалент хронического течения данного заболевания?**

- А. Эпителиальный копчиковый ход
- Б. Болезнь Крона

- В. Неспецифический язвенный колит
- Г. Параректальный свищ
- Д. Геморрой

**4. Предполагаемое Вами лечение?**

- А. Операция Габриэля
- Б. Антибиотики
- В. Гормоны + сульфасалазин
- Г. Иссечение кисты
- Д. Колостомия

**Задача № 24**

Больной 70 лет жалуется на дисфагию, которая возникла на фоне полного благополучия и монотонно прогрессирует в течение последних двух месяцев. При рентгеноскопии - барий после некоторой задержки над кардией тонкой струей поступает в желудок.

**1. Наиболее вероятный диагноз?**

- А. Рак кардии
- Б. Рак пищевода
- В. Кардиоспазм
- Г. Пептическая стриктура пищевода
- Д. Пищевод Баррета

**2. Какое исследование следует предпринять в первую очередь для подтверждения диагноза?**

- А. Гастроскопия с биопсией
- Б. Томография
- В. УЗИ
- Г. Лапароскопия
- Д. рН-метрия

**3. Какая морфологическая картина будет, скорее всего, соответствовать Вашему диагнозу?**

- А. Кишечная метаплазия
- Б. Эпидермоидная карцинома
- В. Саркома
- Г. Воспаление
- Д. Аденокарцинома

**4. Оптимальное вмешательство?**

- А. Бужирование
- Б. Пневмокардиодилатация
- В. Гастростомия
- Г. Резекция желудка
- Д. Гастрэктомия или проксимальная резекция желудка

**Задача № 25**

У больного, перенесшего аппендэктомию по поводу аппендикулярного перитонита, на шестые сутки после операции появились боли в нижней половине живота, тенезмы,

дизурические явления. Температура 39 градусов, с гектическими размахами, ознобы. Язык влажный, живот мягкий, умеренно болезненный над лоном.

**1. Ваш диагноз.**

- А. Межкишечный абсцесс
- Б. Периаппендикулярный абсцесс
- В. Пилефлебит
- Г. Абсцесс Дугласова пространства
- Д. Сепсис

**2. Оптимальная комбинация методов обследования** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

- 1. Колонофиброскопия
- 2. УЗИ
- 3. Лапароскопия
- 4. Пальцевое исследование через прямую кишку
- 5. Рентгеноскопия органов брюшной полости

**3. Какой метод лечения Вы выберете в данном случае?**

- А. Лапаротомия, вскрытие и дренирование гнойника
- Б. Антибиотикотерапия
- В. Вскрытие и дренирование гнойника через прямую кишку
- Г. Пункция гнойника через прямую кишку, аспирация гноя, промывание полости антибиотиками
- Д. Вскрытие гнойника через промежность

**4. Какую инфузионную терапию Вы выберете в послеоперационном периоде?** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

- 1. Внутривенное введение плазмы
- 2. Стол № 0
- 3. Инфузии гипертонического раствора NaCl
- 4. Антибиотикотерапия.
- 5. Введение крови и эритроцитарной массы

**Задача № 26**

Больной М, 45 л, поступил с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, похудание, сердцебиение, перебои в деятельности сердца. При пальпации щитовидная железа в левой доле щитовидной железы пальпируется узловое образование 3х2 см, плотно-эластической консистенции, безболезненное, при глотании смещающееся с щитовидной железой. Положительны глазные симптомы: экзофтальм, редкое мигание, нарушение конвергенции. Пульс 100 уд. в минуту. При УЗИ – в левой доле узловое образование 2х3 см, с четкими контурами, однородное.

**1. Какое заболевание наиболее вероятно у данного больного**

- А. Тиреотоксическая аденома
- Б. Рак щитовидной железы
- В. Киста щитовидной железы
- Г. Диффузно-токсический зоб
- Д. Острый тиреоидит

**2. Вы поставили диагноз. Какой метод исследования является наиболее информативным.**

- А. Исследование основного обмена
- Б. Исследование уровня тиреоидных гормонов и уровня тиреотропного гормона
- В. Тонкоигольная аспирационная биопсия
- Г. Определение уровня тиреоидных гормонов и ТТГ + Сканирование радиоизотопным иодом
- Д. Лимфография

**3. Какое лечение показано данному больному**

- А. Лечение радиоактивным йодом
- Б. Субтотальная резекция щитовидной железы
- В. Терапия тиреостатическими препаратами
- Г. Резекция левой доли щитовидной железы и перешейка
- Д. Дистанционная лучевая терапия

**4. Щитовидная железа секретирует гормоны**

- А. Тиреотропный гормон, трийодтиронин, тироксин
- Б. Тироксин, трийодтиронин, тиреокальцитонин
- В. Тироксин, паратгормон, тиролиберин
- Г. Трийодтиронин, тироксин.
- Д. Тироксин, трийодтиронин, тиреокальцитонин, паратгормон

#### **Задача № 27**

Больная Н., 52 лет, поступила с жалобами на наличие опухолевидного, безболезненного образования в правой молочной железе. Образование обнаружила самостоятельно. При осмотре отмечается опухолевидное образование в верхне-наружном квадранте правой молочной железе. Положительный симптом "умбиликации". При пальпации образование диаметром 2 см, с нечеткими, неровными контурами, бугристое, умеренно болезненное. Положительный симптом "лимонной корки". Симптом Пайра отрицательный. В правой подмышечной области пальпируется единичный лимфоузел 10x5 мм.

**1. Предварительный диагноз**

- А. Узловая мастопатия
- Б. Фибroadенома
- В. Рак молочной железы
- Г. Острый мастит
- Д. Папиллома протоков молочной железы

**2. Дополнительные методы исследования для верификации процесса** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 2; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. Маммография
- 2. Пункционная биопсия под контролем УЗИ
- 3. Радиоизотопное исследование костей
- 4. Дуктография
- 5. МР-томография

**3. В случае рака молочной железы какую стадию заболевания следует предположить (Международная классификация 1997 г.)**

- А. Т.1 N 0. M 0.
- Б. Т.2 N 0. M 0.
- В. Т.3 N 1. M 0.
- Г. Т.4 N 1. M X.
- Д. Т.2 N 1. M X.

**4.Какое хирургическое лечение показано данной больной**

- А.Радикальная мастэктомия по Холстеду
- Б.Радикальная мастэктомия по Пейти
- В.Простая мастэктомия с подмышечной лимфаденэктомией
- Г.Лампэктомия.
- Д.Секторальная резекция молочной железы

**Задача № 28**

Больной 40 лет жалуется на затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу при глотании. В анамнезе: год назад по ошибке выпил неизвестную жидкость, за врачебной помощью не обращался, лечился самостоятельно.

**1.Ваш предварительный диагноз?**

- А. кардиоспазм
- Б. рубцовая стриктура пищевода
- В. терминальный рефлюкс-эзофагит
- Г. рак пищевода
- Д. синдром Мелори-Вейса

**2.Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза и тактики лечения?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. КТ средостения
2. Р-графия пищевода и желудка
3. эзофагогастроскопия
4. РН- метрия
5. УЗИ органов брюшной полости

**3.Перечислите ранние способы профилактики послеожоговых рубцовых стриктур пищевода:** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. раннее кормление
2. в/м введение лидазы
- 3.в/м введение кортикостероидов (кортизон, преднизолон)
4. бужирование пищевода ( с 9-11 суток)
5. прием микстуры (анестезин,5% р-р новокаина, антибиотик, оливковое масло)

**4.Основным методом лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода является:**

- А. консервативное лечение: спазмолитики, диета
- Б. пластика пищевода
- В. бужирование пищевода
- Г. кардиомиотомия
- Д. операция Добромислова-Торека

**Задача № 29**

Больной 5 лет, рос и развивался без отклонений от физиологической нормы. С момента рождения выслушивается шум в области сердца. При аускультации грубый систоло-диастолический шум с максимумом над легочной артерией. На ЭКГ: левограмма - признаки гипертрофии левого желудочка. Рентгенологически определяется увеличение размеров сердца за счет левого желудочка.

**1. Предварительный диагноз**

- А. ревматизм, митральный порок
- Б. врожденный порок сердца, открытый артериальный проток
- В. врожденный порок сердца, тетрада Фалло
- Г. Септический эндокардит с поражением аортального клапана
- Д. «Функциональный» шум сердца

**2. Наиболее характерные признаки этого заболевания**

- А. Одышка
- Б. Нарушения ритма сердца
- В. Систо-диастолический («машинный») шум
- Г. «Сердечный» горб
- Д. Цианоз губ

**3. Наиболее информативные диагностические методы для определения тактики лечения**

- А. рентгенография грудной клетки
- Б. коронарография
- В. МРТ
- Г. ЭХОКГ
- Д. сцинтиграфия легких

**4. Тактика лечения (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)**

- 1. Эндоваскулярное закрытие открытого артериального протока
- 2. Лечение в кардиологическом стационаре
- 3. Перевязка открытого артериального протока
- 4. Митральная комиссуротомия
- 5. Медикаментозное лечение

**Задача № 30**

Больной 70 лет с большой невправимой паховой грыжей, страдающий хроническими запорами в течении 4 суток отмечает вздутие живота, отсутствие стула, в последние сутки однократную рвоту. Газы отходят. Объективно – живот вздут, перистальтика усилена, грыжевое выпячивание малоболезненно, симптом «кашлевого толчка» в области грыжи положителен, при пальцевом исследовании прямой кишки прямая кишка заполнена «каловыми камнями».

**1. Предварительный диагноз?**

- А. Ущемленная паховая грыжа
- Б. Перитонит
- В. Перфоративная язва
- Г. Копростаз
- Д. Острый орхит

**2. Наиболее характерный признак при этом заболевании?**

- А. Медленное развитие симптомов заболевания, отсутствие симптомов ущемления грыжи
- Б. Внезапное развитие заболевания, признаки ущемления грыжи
- В. Высокая лихорадка
- Г. Положительный симптом «блока»
- Д. «Доскообразный живот»

**3. Наиболее информативный диагностический прием?**

- А. Лапароскопия
- Б. Ультразвуковое исследование брюшной полости
- В. Физикальное обследование, анамнез
- Г. Компьютерная томография брюшной полости
- Д. Исследование общего и биохимического анализа крови

**4. Ваша тактика лечения?**

- А. Экстренная операция
- Б. Попытка вправления грыжи
- В. Динамическое наблюдение
- Г. Назначение очистительных клизм
- Д. прием слабительных препаратов

**Задача № 31**

В приемный покой больницы доставлена пациентка с диагнозом «ущемленная пупочная грыжа». Давность ущемления 8 часов. К моменту осмотра врачом грыжа самостоятельно вправилась. Объективно – живот мягкий, безболезненный. При натуживании в области пупочного кольца имеется болезненное грыжевое выпячивание, которое легко вправляется в брюшную полость.

**1. Предварительный диагноз?**

- А. Копростаз в грыже
- Б. Самопроизвольное вправление ущемленной грыжи
- В. Флегмона грыжевого мешка
- Г. Острая кишечная непроходимость
- Д. Киста урахуса

**2. Наиболее характерный признак при этом заболевании?**

- А. Вправление грыжи после клиники ущемления
- Б. Невправимость грыжевого выпячивания
- В. Воспаление тканей грыжевого мешка
- Г. Положительный симптом «блока»
- Д. симптом «флюктуации» в грыжевом мешке

**3. Наиболее информативный диагностический прием?**

- А. УЗИ брюшной полости
- Б. Обзорная рентгенография брюшной полости
- В. Физикальное обследование, анамнез
- Г. Лапароскопия
- Д. Диагностическая лапаротомия

**4. Ваша тактика?**

- А. Отпустить больную домой
- Б. Экстренная операция
- В. Госпитализация и динамическое наблюдение
- Г. Назначение слабительных
- Д. Антибиотикотерапия

**Задача № 32**

Больной К.40 лет при поступлении в клинику жалоб не предъявлял. При плановой флюорографии 2 недели назад в верхней доле левого легкого выявлено округлое образование 1,5 x 1,5см в диаметре, однородное. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Дыхание проводится во все отделы.

**1.Вероятные диагнозы?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1.Периферический рак легкого.
- 2. Абсцесс легкого.
- 3. Доброкачественная опухоль легкого.
- 4.Киста легкого.
- 5.Эхинококкоз легкого

**2.Наиболее информативные методы для установления диагноза?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1.Бронхоскопия.
- 2.Компьютерная томография легких.
- 3.Исследование мокроты.
- 4.Трансторакальная аспирационная биопсия.
- 5.Бронхография.

**3. Какие рентгенологические признаки характерны для доброкачественных опухолей легкого?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. Неровные, размытые контуры
- 2. Отсутствие динамики размеров образования за год при динамическом рентгенологическом исследовании легких.
- 3. Полициклические контуры образования.
- 4. Округлая форма, ровные контуры образования.
- 5. Наличие дорожки к корню легкого.

**4. Какие рентгенологические признаки характерны для злокачественных опухолей легкого?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. Неровные, размытые контуры
- 2.Наличие дорожки к корню легкого.
- 3. Полициклические контуры образования.
- 4. Округлая форма, ровные контуры образования.
- 5. Отсутствие динамики размеров образования за год при динамическом рентгенологическом исследовании легких.

**Задача № 33**

Больная А, 35 лет поступила в клинику с жалобами на кашель с мокротой, боли в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры тела по вечерам до 37.7гр.С. В анамнезе: в течении многих лет у больной периодически в осенне-весенний период появляются вышеперечисленные жалобы. После курса противовоспалительной терапии состояние больной нормализуется. При осмотре: состояние больной относительно удовлетворительное, пальцы рук в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. При перкуссии в этой области легочный звук укорочен. При аускультации выслушиваются крупно-и среднепузырчатые влажные хрипы.

**1. Ваш предварительный диагноз?**

- А. Эмпиема плевры.
- Б. Абсцесс легкого.
- В. Рак легкого.
- Г. Бронхоэктатическая болезнь.
- Д. Пневмония.

**2. Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза?**

(выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. Бронхоскопия.
- 2. Торакоскопия.
- 3. Компьютерная томография.
- 4. Исследование мокроты.
- 5. Исследование внешнего дыхания

**3. Вы установили правильный диагноз. Каков механизм развития данного заболевания?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. Сдавление бронха увеличенными лимфатическими узлами.
- 2. Попадание инородных тел в просвет бронха.
- 3. Сдавление бронха опухолью.
- 4. Нарушение оттока бронхиального секрета при стенозе мелких бронхов.
- 5. Наличие в анамнезе туберкулеза, хронического абсцесса.

**4. Ваша тактика лечения в зависимости от стадии процесса?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. В I стадии заболевания показана консервативная терапия.
- 2. В I стадии заболевания показана консервативная терапия.
- 3. В I и II стадиях заболевания показана консервативная терапия.
- 4. В II стадии заболевания показано хирургическое лечение.
- 5. Во всех стадиях заболевания показана только консервативная терапия.

**Задача № 34**

Больная М., 72 лет, переведена в отделение сосудистой хирургии из эндокринологического отделения со следующим диагнозом: “Сахарный диабет 2 типа средней тяжести в фазе декомпенсации. Диабетическая микроангиопатия: нефропатия на стадии микроальбуминурии. Диабетическая макроангиопатия: ИБС, стенокардия

напряжения II ФК, атеросклеротический кардиосклероз с нарушением ритма по типу постоянной тахисистолической формы мерцательной аритмии, атеросклероз аорты, коронарных и мозговых артерий, артерий нижних конечностей. Гипертоническая болезнь II ст. Синдром диабетической стопы, нейро-ишемическая форма. Некроз правой стопы. Критическая ишемия правой стопы. Диабетическая периферическая полинейропатия дистальный тип, сенсо-моторная симметричная форма.” Жалобы при поступлении на боли в покое в правой стопе. Больна в течение 1,5 лет. На протяжении 15 лет болеет сахарным диабетом 2 типа. Объективно: состояние средней тяжести. Больная повышенного питания. Окружность нижних конечностей на симметричных уровнях одинакова. Определяется отчетливая пульсация на бедренных артериях, над которыми выслушивается легкий систолический шум. Справа пульс на подколенной артерии и артерии тыла стопы не определяется. Имеется небольшой участок некроза 1-ого пальца правой стопы. Положительные симптомы Оппеля, Самуэльса, прижатия пальца.

**1. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования следует провести больной (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)**

1. исследование сахарного профиля
2. реовазографию
3. дуплексное сканирование артерий ног
4. рентгеноконтрастное исследование брахиоцефальных сосудов, коронарографию
5. ангиографию правой ноги

**2. В ходе обследования установлена непротяженная окклюзия правой подколенной артерии, в артериях ниже этого уровня имеются выраженные атеросклеротические изменения. Какой метод лечения должен быть избран:**

- А. поясничная симпатэктомия
- Б. дилатация правой подколенной артерии
- В. стентирование правой подколенной артерии
- Г. консервативная терапия
- Д. ампутация на уровне средней трети правой голени

**3. О чем свидетельствует некроз 1-ого пальца?**

- А. критической ишемии правой стопы
- Б. атеросклеротической окклюзии подколенной артерии
- В. диабетической микроангиопатии
- Г. диабетической макроангиопатии
- Д. капиллярнопатии дистальных отделов конечностей

**4. Укажите, с какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?**

- А. облитерирующий атеросклероз
- Б. неспецифический аортоартериит
- В. облитерирующий тромбангиит-поражение коронарных артерий
- Г. облитерирующий тромбангиит-поражение артерий ног
- Д. болезнь Рейно

**Задача №35**

Больной С, 36 лет, поступил в стационар с жалобами на боли и тяжесть в эпигастрии после приема пищи в течение 5-6 часов. Ежедневно возникает рвота желудочным содержимым с примесью пищи съеденной за 8-10 часов до этого. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет пациент страдает язвенной болезнью 12 п. кишки, неоднократно лечился в стационарах. 2 года стал отмечать тяжесть в эпигастрии после приема пищи в течение 2-3 часов. Последнее обострение язвенной болезни 6 месяцев назад, было проведено консервативное лечение с положительным эффектом. Настоящие симптомы заболевания пациент отмечает в течение 3 недель.

**1.Предварительный диагноз?**

- А. декомпенсированный язвенный стеноз;
- Б. пенетрация язвы в поджелудочную железу;
- В. рак кардиального отдела желудка;
- Г. субкомпенсированный язвенный стеноз;
- Д. варикозное расширение вен пищевода.

**2.Клинические симптомы, характерные для этого заболевания** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1.болезненность в эпигастральной области;
- 2.мелена;
- 3.“шум плеска”;
- 4. “доскообразный живот”
- 5. положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

**3.Методы диагностики, позволяющие уточнить диагноз** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. ЭГДС;
- 2. рентгенография желудка;
- 3. исследование желудочной секреции;
- 4. колоноскопия;
- 5. ангиография.

**4.Методы операции показанные при этом заболевании** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1.резекция желудка;
- 2. гастрэктомия;
- 3.селективная проксимальная ваготомия с гастродуоденоанастомозом;
- 4.гастроэнтеростомия;
- 5. селективная проксимальная ваготомия.

**Задача № 36**

Больная П, 42 лет, предъявляет жалобы на боль в эпигастральной области через 1-1,5 часа после приема пищи, рвоту желудочным содержимым в объеме 1,5-2 литра, поносы до 3-4 раз в день. Из анамнеза известно, что впервые язва в 12 п. кишке была выявлена 6 лет назад. Проводимая консервативная терапия имела непродолжительный эффект (обострения возникали 2-3 раза в год, дважды были эпизоды кишечных кровотечений). Два года назад выполнено ушивание перфоративной язвы 12 п. кишки. Через год рецидив заболевания –

произведена резекция желудка по Бильрот-11. Однако 6 месяцев спустя выявлена пептическая язва гастроэнтероанастомоза. При обследовании: ЭГДС- язва гастроэнтероанастомоза диаметром 1,5 см. Исследование желудочной секреции : БПК – 10,5 ммоль\л, МПК ( стимуляция гистамином) – 13,9 ммоль\л. Уровень паратгормона крови– 3,2 пмоль\л ( норма 1,3-7,6 пмоль\л); уровень гастрина крови 570 пг\мл (норма 15-85 пг\мл).

**1. Наиболее вероятная причина рецидива пептической язвы у этой пациентки?**

- А. аденома паращитовидной железы;
- Б. недостаточный объем резекции желудка;
- В. гастринома поджелудочной железы;
- Г. синдром «приводящей петли»;
- Д. «оставленный» антральный отдел желудка.

**2. Наиболее характерные признаки этого заболевания** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1.упорно рецидивирующая язвенная болезнь;
- 2.рвота большими объемами желудочного содержимого;
- 3. острые хирургические осложнения язвенной болезни в анамнезе;
- 4.частые поносы;
- 5.высокий уровень базальной секреции

**3. Методы исследования позволяющие поставить диагноз** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1.ангиография;
- 2. КТ;
- 3. УЗИ;
- 4. ЭГДС;
- 5. исследование уровня гастрина крови.

**4. Лечебная тактика при выявлении опухоли поджелудочной железы?**

- А. гастрэктомия;
- Б. стволовая ваготомия;
- В. резекция поджелудочной железы;
- Г. реконструктивная операция на желудке;
- Д. удаление паращитовидных желез.

**Задача № 37**

Больной 55 лет жалуется на выделение малоизмененной крови со слизью из заднего прохода во время и помимо дефекации, чувство неполного опорожнения. Указанные жалобы появились и прогрессируют последние 2-3 месяца.

**1. С какого исследования следует начать в данном случае?**

- А. Пальцевое исследование прямой кишки
- Б. Ультразвуковое исследование
- В. Анализ кала на скрытую кровь
- Г. Ирригоскопия
- Д. Аноскопия

**2. Предполагаемый диагноз?**

- А. Полип прямой кишки
- Б. Неспецифический язвенный колит
- В. Рак прямой кишки
- Г. Анальная трещина
- Д. Болезнь Крона

**3. Наиболее вероятная гистология?**

- А. Виллезная аденома
- Б. Эпидермоидная карцинома
- В. Аденокарцинома
- Г. Гранулема
- Д. Воспаление

**4. Оптимальное лечение?**

- А. Колостомия
- Б. Лучевая терапия
- В. Химиотерапия
- Г. Экстирпация прямой кишки
- Д. Гормоны + сульфасалазин

**Задача №38**

Мужчина 74 лет, госпитализирован по поводу появившейся более месяца тому назад желтухи. Состояние тяжелое, билирубин 480 ммоль/л, олигурия. Выявить предшествующих появлению желтухи симптомов не удается, испытывает кожный зуд. При УЗИ выявляется расширение общего желчного протока до 22 мм, резкое расширение внутрипеченочных желчных протоков, увеличение размера желчного пузыря, отсутствие конкрементов в нем; расширен до 8 мм панкреатический проток, головка поджелудочной железы увеличена за счет гипоехогенного образования до 6-7 см диаметром, без четких контуров; остальные отделы поджелудочной железы существенно не изменены.

**1. Что в ультразвуковой картине свидетельствует о дистальном билиарном блоке (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)**

1. расширение внутрипеченочных протоков
2. увеличение желчного пузыря, при отсутствии конкрементов
3. расширение общего желчного протока
4. расширение вирсунгова протока

**2. Какой из факторов наиболее прогностически важен в развитии послеоперационной печеночно-почечной недостаточности**

- А. диаметр общего желчного протока
- Б. интенсивность гипербилирубинемии
- В. диаметр панкреатического протока
- Г. размер гипоехогенного образования в поджелудочной железе
- Д. длительность желтухи

**3. Наиболее вероятный диагноз**

- А. Индуративный панкреатит
- Б. Синдром Курвуазье

- В. Киста головки поджелудочной железы
- Г. Рак общего желчного протока
- Д. Рак головки поджелудочной железы

#### 4. Целесообразное оперативное пособие

- А. Паллиативный билиодигестивный анастомоз
- Б. Радикальная панкреатодуоденэктомия
- В. Наружное дренирование холедоха по Керу
- Г. Холецистостомия
- Д. Оперативное лечение невозможно

#### Задача № 39

Больная 65 лет поступила с болями в левой половине живота, нарастающими в течение 2 суток. Последние 10 лет страдает запорами. При осмотре фебрилитет, тахикардия, болезненность в левом нижнем квадранте живота; здесь же умеренно выраженные перитонеальные симптомы. При обзорной рентгеноскопии живота свободного газа и уровней жидкости нет.

#### 1. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Ишемический колит
- Б. Токсический мегаколон
- В. Заворот сигмы
- Г. Перфорация опухоли толстой кишки
- Д. Дивертикулит сигмы

#### 2. С чего следует начать?

- А. Антибактериальная и инфузионная терапия
- Б. Колоноскопия
- В. Ирригоскопия
- Г. Сифонная клизма
- Д. Глюкокортикоиды

#### 3. Ваши рекомендации в случае благоприятного разрешения ситуации и подтверждения диагноза при обследовании?

- А. Диета и слабительные
- Б. Пентоксифиллин
- В. Сульфасалазин
- Г. Гормоны
- Д. Антибиотики

#### 4. Ваша тактика в случае ухудшения ситуации (катастрофическое прогрессирование интоксикации и перитонеальных симптомов)?

- А. Резекция сигмы, скорее всего, обструктивная
- Б. Деторсия сигмы
- В. Колостомия
- Г. Мезосигмопликация
- Д. Субтотальная колэктомия

**Задача № 40**

Больная 48 лет поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры до 38°C. Состояние больной средней тяжести, число дыханий - 28 в минуту, пульс 110 уд. в мин, язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяется симптом Щеткина— Блюмберга, положительны симптомы Ортнера, Мэрфи, Мюсси. Лейкоцитоз— $18 \times 10^9/\text{л}$ . На фоне консервативной терапии в течение 12 часов состояние больной не улучшилось, повысилась температура, возрос лейкоцитоз.

**1. Ваш предварительный диагноз:**

- А) острый очаговый панкреатит;
- Б) острый катаральный холецистит;
- В) перфоративная язва 12 пк;
- Г) острый флегмонозный холецистит;
- Д) острый прободной холецистит.

**2. Наиболее характерные признаки при этом заболевании:** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

- 1. Симптом Ортнера
- 2. Мышечный дефанс в правом подреберье;
- 3. Пальпируемое дно желчного пузыря;
- 4. Боли в правом подреберье;
- 5. Рвота желчью;

**3. Оптимальным методом диагностики данного заболевания является:**

- А. компьютерная томография брюшной полости;
- Б. РПХГ;
- В. ультразвуковое исследование (УЗИ);
- Г. внутривенная холецистохолангиография;
- Д. лапароскопия.

**4. Ваша тактика лечения у данной больной:**

- А. экстренная операция;
- Б. массивная антибиотикотерапия;
- В. чрескожная санация желчного пузыря;
- Г. комплексная инфузионная терапия;
- Д. спазмолитическая терапия.

**Задача № 41**

У больной, поступившей в клинику с острым флегмонозным холециститом появились ознобы, температура повысилась до 38°C и выше, стала нарастать желтуха. Боли в животе не усилились, явления перитонита не нарастали. Билирубин в крови повышен, больше за счет прямой фракции, отмечаются также повышение печеночных трансаминаз и заметно — щелочной фосфатазы. Лейкоциты крови —  $18 \times 10^9/\text{л}$

**1. О каком осложнении можно думать:**

- А. острый деструктивный панкреатит;
- Б. местный гнойный перитонит;

- В. перфоративный холецистит;
- Г. гнойный холангит;
- Д. перивезикальный абсцесс.

**2. Наиболее характерные признаки при этом осложнении являются:** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Боли в правом подреберье;
2. Высокая температура;
3. Желтуха;
4. Резкое повышение уровня трансаминаз в плазме;
5. Отсутствие стеркобилина в кале.

**3. Наиболее информативные диагностические методы для определения тактики лечения:** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. УЗИ;
2. Лапароскопия
3. Дуоденоскопия с осмотром БДС;
4. Внутривенная холецистохолангиография;
5. КТ.

**4. Ваша тактика лечения:**

- А. срочная холецистэктомия и холедохотомия с дренированием последнего;
- Б. эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ);
- В. чрескожная холецистостомия под контролем УЗИ;
- Г. массивная антибиотикотерапия;
- Д. холецистэктомия с ХДА.

#### Задача № 42

Больного 65 лет в течение года беспокоят периодические боли в животе больше слева, иногда урчания, снижение аппетита, слабость. Последние три дня отметил усиление болей в животе, причем они приняли схваткообразный характер. Два дня не было стула. Газы отходят. Больной доставлен в хирургический стационар. При осмотре состояние больного удовлетворительное, питание пониженное. Язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 170 / 90 мм. рт. ст. Живот умеренно вздут, мягкий. При пальпации разлитая болезненность, больше слева. Перкуторно по всему животу высокий тимпанит. Прослушивается усиленная перистальтика, иногда урчание в животе слышно издали. При появлении перистальтических волн больной отмечает усиление болей.

**1. Какой диагноз можно предположить?**

- А. Обтурационная кишечная непроходимость
- Б. Странгуляционная кишечная непроходимость
- В. Паралитическая кишечная непроходимость
- Г. Спастическая кишечная непроходимость
- Д. Инвагинация

**2. Вы сделали правильное предположение. Какая должна быть дальнейшая диагностическая тактика?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Пальцевое исследование прямой кишки
2. Назначить колоноскопию
3. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
4. УЗИ
5. Назначить ирригоскопию в неотложном порядке

**3. Какие лечебные мероприятия необходимо выполнить?** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. Назначить сифонную клизму
2. Ввести спазмолитики
3. Назначить инфузионную терапию
4. Назначить препараты, стимулирующие деятельность кишечника
5. Выполнить экстренную операцию

**4. Какая наиболее вероятная причина заболевания?**

- А. Экзофитная опухоль левой половины ободочной кишки
- Б. Эндофитная опухоль левой половины ободочной кишки
- В. Экзофитная опухоль правой половины ободочной кишки
- Г. Спаечная болезнь брюшной полости
- Д. Эндофитная опухоль правой половины ободочной кишки

#### **Задача № 43**

Женщина 40 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе, повторную обильную рвоту с примесью желчи. Боли появились постепенно, три дня тому назад. Из анамнеза известно, что перенесла холецистэктомию 5 лет назад по поводу острого калькуллезного холецистита. Состояние больной средней тяжести. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот асимметричен, болезненный при пальпации, симптомов раздражения брюшины нет, определяется “шум плеска”.

**1. Какой наиболее вероятный диагноз?**

- А. Спаечная обтурационная кишечная непроходимость
- Б. Спаечная странгуляционная кишечная непроходимость
- В. Опухолевая обтурационная непроходимость
- Г. Желчнокаменная непроходимость
- Д. Мезентериальный тромбоз

**2. Появление “шума плеска” при данном заболевании объясняется:**

- А. Наличием выпота в брюшной полости
- Б. Наличием выпота и свободного газа в брюшной полости
- В. Скоплением жидкости в отводящей петле кишки
- Г. Скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишки
- Д. Скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишки

**3. Какой метод исследования следует применить для подтверждения диагноза?**

- А. Исследование пассажа введенного  $\text{per os BaSO}_4$  по кишке
- Б. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
- В. УЗИ органов брюшной полости
- Г. Экстренная ирригоскопия
- Д. Экстренная колоноскопия

**4. Какие экстренные лечебные мероприятия необходимо выполнить?** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. Зондирование желудка с аспирацией содержимого
2. Внутривенная инфузионная терапия
3. Введение спазмолитиков
4. Назначить стимуляцию кишечника
5. Сифонная клизма

#### **Задача № 44**

Больной 60 лет жалуется на чувство тяжести в эпигастрии, особенно после еды, рвоту съеденной пищей без примеси желчи, приносящую некоторое улучшение. Похудел на 5 кг. При гастроскопии остатки пищи в желудке, выходной отдел которого обтурирован изъязвленной опухолью.

**1. Следующий диагностический шаг?**

- А. рН-метрия
- Б. Тест на геликобактер
- В. Манометрия
- Г. Хромогастроскопия
- Д. Биопсия

**2. Какая гистологическая картина будет, скорее всего, в случае предполагаемого Вами диагноза?**

- А. Саркома
- Б. Периульцерозное воспаление
- В. Аденокарцинома
- Г. Эпидермоидная карцинома
- Д. Энтеролицизия

**3. С какой терапии следует начать?**

- А. Коррекция волевических расстройств
- Б. Н<sub>2</sub>-блокаторы
- В. Омепразол
- Г. Гастропротекторы
- Д. Эрадикация геликобактера

**4. Какое окончательное вмешательство показано в данном случае?**

- А. Лучевая терапия
- Б. Химиотерапия
- В. Фотодинамическая терапия
- Г. Гастростомия
- Д. Резекция желудка

#### **Задача № 45**

У больного 58 лет 59 часов назад появились боли в эпигастриальной области, которые сместились в правую подвздошную область. Была тошнота и однократная рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли стихли. На 2-е сутки боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Эйфоричен. Пульс 128 ударов в мин, АД 95/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен во всех отделах и болезненный, но

больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина — Блюмберга определяется во всех отделах. Температура 37,2°C. Лейкоцитов в крови—18 x 10<sup>9</sup>/л.

**1. Ваш предварительный диагноз:**

- А. острый деструктивный панкреатит осложненный перитонитом;
- Б. острый перфоративный аппендицит, разлитой перитонит;
- В. перфоративная язва желудка, разлитой перитонит;
- Г. мезентеральный тромбоз;
- Д. острый флегмонозный аппендицит, диффузный перитонит.

**2. На основании клинической картины наиболее вероятной формой и стадией перитонита будет:**

- А. местный перитонит, реактивная стадия;
- Б. местный перитонит, токсическая стадия;
- В. диффузный перитонит, токсическая стадия;
- Г. диффузный перитонит, терминальная стадия;
- Д. диффузный перитонит, реактивная стадия.

**3. Лечебные мероприятия предшествующие операции:** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. Коррекция электролитных нарушений;
- 2. Аспирация желудочного содержимого;
- 3. Активная дезинтоксикационная терапия;
- 4. Введение кардиотоников;
- 5. Массивная антибактериальная терапия.

**4. Основными этапами операции будут:** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. Назоинтестинальная интубация;
- 2. Удаление источника перитонита;
- 3. Тщательное очищение и промывание брюшной полости;
- 4. Дренирование брюшной полости;
- 5. Новокаиновая блокада корня брыжейки.

**Задача № 46**

27-летний больной жалуется на сильные боли в эпигастрии, появившиеся 2 часа назад, иррадиирующие в поясницу. Из анамнеза известно, что уже вчера вечером появилось чувство переполнения и неприятные ощущения в эпигастрии, ночью неоднократно была рвота. Объективно: повышенного питания, язык сухой, обложен, дыхание справа в нижних отделах ослаблено. Пульс 124 уд. в мин, разлитая болезненность и умеренное напряжение мышц в эпигастральной области. Лейкоциты 10,8 x 10<sup>9</sup>/л, билирубин крови 30 мкм/л. Рентгенологически свободного газа и уровней жидкости в брюшной полости нет. Глюкоза крови 7,5 ммоль/л

**1. Ваш диагноз:**

- А. острый холецистит;
- Б. диабетический псевдоперитонит;
- В. перфоративная язва желудка;
- Г. острый панкреатит;

Д. левосторонняя пневмония.

**2. Рациональная диагностическая программа (из предложенных возможностей):** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Компьютерная томография
2. Амилаза крови и мочи
3. Эзофагогастродуоденоскопия
4. Ультразвуковое исследование;
5. Колоноскопия

**3. Какой метод диагностики наиболее информативен в данной ситуации:**

- А. Компьютерная томография;
- Б. Лабораторные исследования;
- В. Динамическое наблюдение
- Г. Ультразвуковое исследование;
- Д. Лапароскопия.

**4. Больному могут быть показаны:** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Антибиотикотерапия;
2. Инфузионная терапия.
3. Назогастральная декомпрессия;
4. Дренирование брюшной полости;
5. Лапаротомия, санация брюшной полости

#### Задача № 47

У больного 26 лет, взятого на операцию с диагнозом «острый флегмонозный аппендицит», по вскрытии брюшной полости отмечено, что червеобразный отросток утолщен, гиперемирован. Терминальный отдел тонкого кишечника на протяжении 50—60 см резко отечен, гиперемирован, местами покрыт фибрином, на брыжейке - участки точечных кровоизлияний, определяются увеличенные лимфатические узлы.

**1. С каким заболеванием встретился хирург:**

- А. острый катаральный аппендицит;
- Б. острый мезаденит;
- В. терминальный илеит (болезнь Крона);
- Г. болезнь Уиппла;
- Д. острый энтерит.

**2. Наиболее характерные клинические симптомы данного заболевания:** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Боли в животе;
2. Повышение температуры тела;
3. Диарея;
4. Потеря веса;
5. Резкое увеличение СОЭ.

**3. Наиболее информативные диагностические методы для определения тактики**

**лечения:** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости;
2. Лапароскопия;
3. Колоноскопия;
4. Контрастное рентгенологическое исследование кишечника;
5. УЗИ.

4. Ваша интраоперационная тактика:

- А. аппендэктомия;
- Б. резекция тонкой кишки;
- В. введение в корень брыжейки р-ра новокаина и антибиотика;
- Г. дренирование брюшной полости;
- Д. тампонирование брюшной полости.

### Задача № 48

Мужчина 36 лет доставлен через 6 часов от начала сильного болевого приступа в эпигастрии. Боли носили опоясывающий характер, сохранялись на момент осмотра, беспокоила тошнота, была повторная рвота. В прошлом подобных приступов не было. Желтухи нет, ЧСС 92/мин, АД 130/90, одышки нет. Диастаза мочи 128 ед. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, шума плеска нет, отмечается олигурия. Через сутки лечения отмечено уменьшение болевого синдрома, восстановление диуреза; состояние удовлетворительное.

**1. Какой вариант панкреатита имеет место**

- А. Интерстициальный панкреатит
- Б. Стерильный панкреонекроз
- В. Инфицированный панкреонекроз
- Г. Панкреатогенный абсцесс
- Д. Панкреатогенная киста

**2. Какие исследования целесообразно провести:**(выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. ЭГДС (эзофагогастродуоденоскопия)
2. Исследование ферментов плазмы и мочи
3. УЗИ (ультразвуковое исследование)
4. РХПГ (ретроградная холангиопанкреатография)
5. Лапароскопия.

**3. Рациональное консервативное лечение:** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

1. Абсолютный голод
2. Декомпрессия ЖКТ
3. Инфузионная терапия
4. Антибиотикотерапия
5. Плазмаферез.

**4. Какова рациональная лечебная стратегия**

- А. Только консервативное лечение (без инвазивных процедур).
- Б. Эндоскопическая коррекция без оперативного лечения.
- В. Эндоскопическая коррекция с отложенным оперативным пособием.
- Г. Экстренное радикальное оперативное пособие.

Д. Плановое радикальное оперативное пособие.

### Задача № 49

У больного 30 лет около 11 часов назад, после употребления алкогольных напитков, появились кинжальные боли в эпигастральной области, однократная рвота желудочным содержимым. В анамнезе язвенная болезнь желудка и хронический панкреатит. Через несколько часов боли переместились и локализовались в правой подвздошной области. При осмотре состояние больного средней тяжести. Температура 37,2 градусов. Пульс 84 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжения. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области и в верхней половине, где определяется мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина – Блюмберга. При исследовании per rectum патологии не обнаружено. Лейкоциты крови 12 200.

#### 1. Какой предварительный диагноз Вы поставите?

- А. Острый аппендицит, местный перитонит
- Б. Острый панкреатит, осложненный перитонитом
- В. Перфоративная язва желудка, разлитой перитонит
- Г. Перфоративная язва желудка, местный перитонит
- Д. Острый холецистопанкреатит, разлитой перитонит

#### 2. Какой механизм перемещения болей из эпигастрия в правую подвздошную область при данном заболевании?

- А. Переход висцеральных болей в соматические
- Б. Перемещение желудочного содержимого и выпота по правому латеральному каналу
- В. Переход соматических болей в висцеральные
- Г. Перемещение желудочного содержимого по ходу брыжейки тонкой кишки
- Д. Все неверно

#### 3. Какие первоочередные лечебно-диагностические мероприятия необходимо выполнить больному до операции? (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. Рентгеноскопия органов брюшной полости
- 2. Зондирование желудка с аспирацией содержимого
- 3. Введение антибиотиков
- 4. Очистительная клизма
- 5. Форсированный диурез

#### 4. Какой операционный доступ Вы выберете в данном случае?

- А. Срединная лапаротомия
- Б. Доступ Мак-Берни
- В. Доступ Кохера
- Г. Параректальный доступ справа
- Д. Доступ Федорова

### Задача № 50

У больного 43 лет, страдающего язвенной болезнью 12 – перстной кишки, внезапно появились “кинжальные” боли в животе, рвота. Ранее беспокоила изжога, боли натощак, ночью. Состояние больного средней тяжести. Живот втянут, в дыхании не участвует. При

пальпации отмечается резкая болезненность по всему животу, разлитое напряжение мышц, положительный симптом Щеткина – Блюмберга. Печеночная тупость отсутствует. Температура 36,9. Лейкоциты крови 7,1.

**1. Ваш предварительный диагноз**

- А. Инфаркт миокарда
- Б. Обострение язвенной болезни желудка и 12 –перстной кишки
- В. Острый панкреатит
- Г. Перфорация язвы 12-перстной кишки
- Д. Острый гастрит

**2. Какие обследования необходимо произвести для подтверждения диагноза?** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

- 1. Рентгеноскопия органов брюшной полости
- 2. Пальцевое ректальное исследования
- 3. ЭКГ
- 4. Срочный биохимический анализ крови
- 5. Зондирование желудка с исследованием кислотности желудочного сока

**3. Ваша тактика**

- А. Лечение больного по Тейлору
- Б. Экстренная операция
- В. Предоперационная инфузионная подготовка
- Г. Лапароскопическая санация брюшной полости
- Д. Предоперационная сифонная клизма и наркотики

**4. Ваша интраоперационная тактика** (выберите правильную комбинацию ответов: **А**-если верно 1,2,3; **Б**-если верно 1,3; **В**-если верно 2,4; **Г**-если верно 4; **Д**-все верно)

- 1. Резекция 1/3 желудка
- 2. Ушивание язвы
- 3. Селективная проксимальная ваготомия
- 4. Санация брюшной полости
- 5. Резекция 2/3 желудка

**Задача №51**

У больного 26 лет, взятого на операцию с диагнозом «острый флегмонозный аппендицит», по вскрытии брюшной полости отмечено, что червеобразный отросток утолщен, гиперемирован. Терминальный отдел тонкого кишечника на протяжении 50—60 см резко отечен, гиперемирован, местами покрыт фибрином, на брыжейке - участки точечных кровоизлияний, определяются увеличенные лимфатические узлы.

**1). С каким заболеванием встретился хирург:**

- А) острый катаральный аппендицит;
- Б) острый мезаденит;
- В) терминальный илеит (болезнь Крона);
- Г) болезнь Уиппла;

Д) острый энтерит.

**2). Наиболее характерные клинические симптомы данного заболевания:**

1. Боли в животе;
2. Повышение температуры тела;
3. Диарея;
4. Потеря веса;
5. Резкое увеличение СОЭ.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1, 2, 3; Б) 1, 2, 4; В) 1, 3, 4; Г) 2, 3, 4, 5; Д) все ответы верны.

**3). Наиболее информативные диагностические методы для определения тактики лечения:**

1. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости;
2. Фиброколоноскопия;
3. Лапароскопия;
4. Контрастное рентгенологическое исследование кишечника;
5. УЗИ.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1, 3; Б) 2, 4; В) 1, 2, 5; Г) 3, 4, Д) 2, 4, 5.

**4). Ваша интраоперационная тактика:**

- А) аппендэктомия;
- Б) резекция тонкой кишки;
- В) введение в корень брыжейки р-ра новокаина и антибиотика;
- Г) дренирование брюшной полости;
- Д) тампонирование брюшной полости.

**Задача №52**

У больной, поступившей в клинику с острым флегмонозным холециститом появились ознобы, температура повысилась до 38°C и выше, стала нарастать желтуха. Боли в животе не усилились, явления перитонита не нарастали. Билирубин в крови повышен, больше за счет прямой фракции, отмечаются также повышение печеночных трансаминаз и заметно – щелочной фосфатазы. Лейкоциты крови — 18х 10.9/л

**1). О каком осложнении можно думать:**

- А) острый деструктивный панкреатит;
- Б) местный гнойный перитонит;
- В) перфоративный холецистит;
- Г) гнойный холангит;
- Д) перивезикальный абсцесс.

**2). Наиболее характерные признаки при этом осложнении являются:**

1. Боли в правом подреберье;
2. Высокая температура;
3. Желтуха;
4. Резкое повышение уровня трансаминаз в плазме;
5. Отсутствие стеркобилина в кале.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1, 2, 3; Б) 1, 3, 5; В) 2, 3, 4; Г) 2, 4, 5; Д) 1, 2, 4.

**3). Наиболее информативные диагностические методы для определения**

**тактики лечения:**

1. Лапароскопия;
2. УЗИ;
3. Дуоденоскопия с осмотром БДС;
4. Внутривенная холецистохолангиография;
5. КТ.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) 1, 2, 4; Б) 1, 3, 4; В) 2, 3, Г) 2, 4, 5; Д) 1, 2, 4 .

**4). Ваша тактика лечения:**

- А) срочная холецистэктомия и холедохотомия с дренированием последнего;
- Б) эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ);
- В) чрескожная холецистостомия под контролем УЗИ;
- Г) массивная антибиотикотерапия;
- Д) холецистэктомия с ХДА.

**Задача №53**

Мужчина, 47 лет, поступил в экстренном порядке в жалобами на сильные боли в верхней половине живота, выраженную тошноту, повторную рвоту. Началу болей около суток назад предшествовало двухдневное употребление алкоголя. Состояние тяжелое, субиктеричность склер. Одышка в покое до 28 в минуту, ЧСС 120/мин, ритм правильный, АД 100/60 мм рт.ст. Живот вздут, болезненный в эпигастрии, где нечетко определяется инфильтрат.

**1). Наиболее информативный неинвазивный метод диагностики**

- А. КТ
- Б. УЗИ
- В. Сцинтиграфия гепатобилиарной системы
- Г. Лабораторная диагностика
- Д. Лапароскопия

**2). Ваш диагноз:**

- А. Перфоративная язва желудка, перитонит;
- Б. Острая кишечная непроходимость;
- В. Инфаркт кишечника;
- Г. Острый панкреатит;
- Д. Острый холецистопанкреатит.

**3). Наиболее характерные признаки при этом заболевании:**

1. Многократная рвота;
2. Инфильтрат брюшной полости
3. Боли в верхней половине живота;
4. Тахикардия;
5. Парез кишечника.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) 1, 2, 3; Б) 1, 2, 4; В) 1, 3, 4, 5; Г) 2, 4, 5; Д) Все верно.

**4). Ваша тактика лечения (выбрать из указанного)**

- А. Инфузионная дезинтоксикационная терапия (ИТ)
- Б. ИТ + антибиотикотерапия
- В. ИТ + назобилиарное дренирование
- Г. ИТ + лапароскопическая санация брюшной полости

Д. Экстренная лапаротомия.

#### Задача №54

Мужчина 74 лет, госпитализирован по поводу появившейся более месяца тому назад желтухи. Состояние тяжелое, билирубин 480 ммоль/л, олигурия. Выявить предшествующих появлению желтухи симптомов не удастся, испытывает кожный зуд. При УЗИ выявляется расширение общего желчного протока до 22 мм, резкое расширение внутривисцеральных желчных протоков, увеличение размера желчного пузыря, отсутствие конкрементов в нем; расширен до 8 мм панкреатический проток, головка поджелудочной железы увеличена за счет гипохрогенного образования до 6-7 см диаметром, без четких контуров; остальные отделы поджелудочной железы существенно не изменены.

#### 1). Что в ультразвуковой картине свидетельствует о дистальном билиарном блоке

1. расширение внутривисцеральных протоков
2. расширение общего желчного протока
3. увеличение желчного пузыря, при отсутствии конкрементов
4. расширение вирсунгова протока

Выберите правильный ответ:

- А). 1, Б). 2, В). 1,4, Г). 1,2, Д). 1,,3

#### 2). Какой из факторов наиболее прогностически важен в развитии послеоперационной печеночно-почечной недостаточности

- А. диаметр общего желчного протока
- Б. интенсивность гипербилирубинемии
- В. диаметр панкреатического протока
- Г. размер гипохрогенного образования в поджелудочной железе
- Д. длительность желтухи

#### 3) Наиболее вероятный диагноз

- А. Индуративный панкреатит
- Б. Синдром Курвуазье
- В. Киста головки поджелудочной железы
- Г. Рак общего желчного протока
- Д. Рак головки поджелудочной железы

#### 4). Целесообразное оперативное пособие

- А. Паллиативный билиодигестивный анастомоз
- Б. Радикальная панкреатодуоденэктомия
- В. Наружное дренирование холедоха по Керу
- Г. Холецистостомия
- Д. Оперативное лечение невозможно

#### Задача №55

Больной 50 лет последние 3 года страдает язвой желудка. Дважды госпитализировался в связи с кровотечением из язвы. Консервативное лечение без эффекта. При последней гастроскопии 3-сантиметровая каллезная язва угла желудка.

#### 1). Какое дополнительное исследование прежде всего показано в данной ситуации?

- А. рН-метрия
- Б. Биопсия
- В. УЗИ

- Г. Рентгеноскопия
- Д. Тест на геликобактера

**2). Какому состоянию больше всего соответствует данная ситуация?**

- А. Факультативный предрак
- Б. Облигатный предрак
- В. Рак *in situ*
- Г. Ранний рак
- Д. Поздний рак

**3). Что из названного относится к этой же группе?**

- А. Полипоз желудка
- Б. Атрофический гастрит с кишечной метаплазией
- В. Болезнь Менетрие
- Г. Гастрит культуры
- Д. Все названное

**4). Наиболее оправданная тактика?**

- А. Резекция желудка
- Б. Гастроэнтеростомия
- В. Гастрэктомия
- Г. Наблюдение
- Д. Медикаментозное лечение

**Задача №56**

Больная 65 лет поступила с болями в левой половине живота, нарастающими в течение 2 суток. Последние 10 лет страдает запорами. При осмотре фебрилитет, тахикардия, болезненность в левом нижнем квадранте живота; здесь же умеренно выраженные перитонеальные симптомы. При обзорной рентгеноскопии живота свободного газа и уровней жидкости нет.

**1). Наиболее вероятный диагноз?**

- А. Ишемический колит
- Б. Токсический мегаколон
- В. Заворот сигмы
- Г. Перфорация опухоли толстой кишки
- Д. Дивертикулит сигмы

**2). С чего следует начать?**

- А. Антибактериальная и инфузионная терапия
- Б. Колоноскопия
- В. Ирригоскопия
- Г. Сифонная клизма
- Д. Глюкокортикоиды

**3). Ваши рекомендации в случае благоприятного разрешения ситуации и подтверждения диагноза при обследовании?**

- А. Диета и слабительные

- Б. Пентоксифиллин
- В. Сульфасалазин
- Г. Гормоны
- Д. Антибиотики

**4). Ваша тактика в случае ухудшения ситуации (катастрофическое прогрессирование интоксикации и перитонеальных симптомов)?**

- А. Резекция сигмы, скорее всего, обструктивная
- Б. Деторсия сигмы
- В. Колостомия
- Г. Мезосигмопликация
- Д. Субтотальная колэктомия

**Задача №57**

Больной 80 лет в течение последних шести месяцев отмечает затруднения при дефекации, слизь и следы темной крови в кале. За 3 суток до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, не было стула. Общее состояние больного тяжелое, язык сухой, обложен белым налетом. Тахикардия до 90 в минуту, пульс слабого наполнения, единичные экстрасистолы. АД 110 и 60 мм.рт.ст. Живот равномерно вздут, временами видна на глаз перистальтика кишечника, пальпаторно живот мягкий, умеренно болезненный. Кишечные шумы отсутствуют. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании прямой кишки пустая, зияющая ампула. В анамнезе инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь.

**1. Наиболее вероятный клинический диагноз?**

- А. Острая кишечная непроходимость, обусловленная опухолью сигмовидной кишки
- Б. Частичная кишечная непроходимость, обусловленная опухолью левой половины ободочной кишки
- В. Заворот сигмовидной кишки
- Г. Спаечная кишечная непроходимость
- Д. Копростаз

**2. Какой из дополнительных методов исследования необходимо выполнить для подтверждения клинического диагноза в первую очередь?**

- А. Экстренная колоноскопия
- Б. Экстренная ректороманоскопия
- В. Ирригоскопия
- Г. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
- Д. Контроль пассажа по желудочно-кишечному тракту введенного per os бария

**3. Лечебная тактика в сложившейся ситуации?**

- А. Выполнить экстренную операцию сразу после поступления в стационар
- Б. Лечить больного консервативно и оперировать только в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии
- В. Выполнить экстренную операцию после кратковременной подготовки, направленной на коррекцию нарушенного гомеостаза
- Г. Восстановить пассаж кишечного содержимого по кишечной трубке с помощью экстренной колоноскопии, после чего экстренно оперировать больного
- Д. Назначить консервативную терапию и оперировать больного через 1,5 – 2 недели после нормализации общего состояния

**4. Какую операцию необходимо выполнить?**

- А. Операция Гартмана
- Б. Первый этап операции по Цейдлеру – Шлофферу
- В. Операция Микулича
- Г. Цекостомия
- Д. Левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом

**Задача №58**

Вы предполагаете у больного пельвиоперитонит на почве перфорации дивертикула сигмовидной кишки.

**1). Какие методы обследования Вы выберете для подтверждения диагноза?**

- 1. Пальцевое исследование прямой кишки
- 2. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
- 3. УЗИ органов брюшной полости
- 4. Ректороманоскопия
- 5. Ирригоскопия

Выберите правильную комбинацию ответов:

А. 1, 2, 3, 4 Б. 1, 2, 3, 5 В. 1, 2, 3 Г. 1, 3, 4 Д. 1, 4

**2). Какую предоперационную подготовку Вы выберете?**

- А. Очистительная клизма
- Б. Инфузионная терапия, введение плазмы
- В. Консультация терапевта для решения вопроса о кардиальной предоперационной терапии
- Г. Антибиотики
- Д. Все необходимые мероприятия нужно проводить во время операции

**3). Диагноз перитонита интраоперационно ставится на основании всех признаков, исключая:**

- А. Гиперемия брюшины
- Б. Наличие асцитической жидкости
- В. Наличие мутного выпота
- Г. Наличие фибринозный наложений
- Д. Тусклого вида брюшина

**4). Ваша интраоперационная тактика**

- А. Выполнить резекцию сигмовидной кишки вместе с дивертикулом и наложить анастомоз конец в конец
- Б. Провести перитонеальный диализ и выполнить операцию Гартмана
- В. Ушить дивертикул и осушить малый таз
- Г. Выполнить операцию Гартмана и осушить малый таз
- Д. Выполнить операцию Грекова

**Задача №59**

Больной Г., 55 лет, поступил с жалобами на интенсивные боли в левой стопе, лишающие его сна. Заболел 3 года назад, когда стал отмечать боли в икроножных мышцах левой голени, возникающие при прохождении 500-600 метров и исчезающие после кратковременного отдыха. В последующем количество метров, которое он мог пройти без отдыха, прогрессивно уменьшалось. Трижды проводилось консервативное лечение, которое эффекта не давало. 3 месяца назад появились боли в 1-м пальце левой стопы, одновременно отметил, что палец стал темнеть. Последние две недели боли приобрели интенсивный характер. Объективно: состояние больного средней тяжести. Температура тела – 37,8°C. Выражение

лица страдальческое. Положение вынужденное, левая нога опущена вниз. Первый палец стопы темного цвета, отечен. Имеется отек стопы, нижней трети голени. Кожные покровы указанных сегментов конечности багрово-красного цвета. На артериях правой нижней конечности пульсация отчетливая, на левой ноге пульс имеется лишь на бедренной артерии.

**1) Предварительный диагноз?**

- А. Облитерирующий атеросклероз артерий левой ноги, II Б стадия
- Б. Облитерирующий атеросклероз артерий левой ноги IV ст., атеросклеротическая окклюзия бедренно-подколенного сегмента слева
- В. Облитерирующий тромбангиит, окклюзия бедренно-подколенного сегмента слева
- Г. Диабетическая макроангиопатия
- Д. Аневризма левой подвздошной артерии

**2) Нужны ли дополнительные методы исследования для уточнения диагноза?**

- А. нет
- Б. аортография
- В. реовазография
- Г. дуплексное сканирование
- Д. магнитно-резонансная томография

**3) Какова тактика лечения больного?**

- А. внутриаортальная инфузия солкосерила, папаверина, антибиотиков, новокаина
- Б. поясничная симпатэктомия
- В. ампутация на уровне левой голени
- Г. ампутация на уровне бедра
- Д. грудная симпатэктомия

**4. Какие лабораторные изменения в анализе крови характерны для указанного заболевания (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)**

- 1. тромбоцитоз
- 2. низкая концентрация  $\beta$ -липопротеидного холестерина в плазме крови
- 3. гипопроteinемия
- 4. низкая концентрация триглицеридов в плазме крови
- 5. высокая концентрация сахара плазме крови

**Задача №60**

В приемный покой больницы доставлена пациентка с диагнозом «ущемленная пупочная грыжа». Давность ущемления 8 часов. К моменту осмотра врачом грыжа самостоятельно вправилась. Объективно – живот мягкий, безболезненный. При натуживании в области пупочного кольца имеется болезненное грыжевое выпячивание, которое легко вправляется в брюшную полость.

**1. Предварительный диагноз?**

- А. Копростаз в грыже
- Б. Самопроизвольное вправление ущемленной грыжи
- В. Флегмона грыжевого мешка
- Г. Острая кишечная непроходимость
- Д. Киста урахуса

**2. Наиболее характерный признак при этом заболевании?**

- А. Вправление грыжи после клиники ущемления
- Б. Невправимость грыжевого выпячивания
- В. Воспаление тканей грыжевого мешка
- Г. Положительный симптом «блока»
- Д. симптом «флюктуации» в грыжевом мешке

### 3. Наиболее информативный диагностический прием?

- А. УЗИ брюшной полости
- Б. Обзорная рентгенография брюшной полости
- В. Физикальное обследование, анамнез
- Г. Лапароскопия
- Д. Диагностическая лапаротомия

### 4. Ваша тактика?

- А. Отпустить больную домой
- Б. Экстренная операция
- В. Госпитализация и динамическое наблюдение
- Г. Назначение слабительных
- Д. Антибиотикотерапия

### Задача №61

Больная П, 42 лет, предъявляет жалобы на боль в эпигастральной области через 1-1,5 часа после приема пищи, рвоту желудочным содержимым в объеме 1,5-2 литра, поносы до 3-4 раз в день. Из анамнеза известно, что впервые язва в 12 п. кишке была выявлена 6 лет назад. Проводимая консервативная терапия имела непродолжительный эффект (обострения возникали 2-3 раза в год, дважды были эпизоды кишечных кровотечений). Два года назад выполнено ушивание перфоративной язвы 12 п. кишки. Через год рецидив заболевания – произведена резекция желудка по Бильрот-11. Однако 6 месяцев спустя выявлена пептическая язва гастроэнтероанастомоза. При обследовании: ЭГДС – язва гастроэнтероанастомоза диаметром 1,5 см. Исследование желудочной секреции: БПК – 10,5 ммоль\л, МПК( стимуляция гистамином) – 13,9 ммоль\л. Уровень паратгормона крови – 3,2 ммоль\л ( норма 1,3-7,6 ммоль\л); уровень гастрина крови 570 мг\мл (норма 15-85 мг\мл).

#### 1. Наиболее вероятная причина рецидива пептической язвы у этой пациентки?

- А. аденома паращитовидной железы;
- Б. недостаточный объем резекции желудка;
- В. гастринома поджелудочной железы;
- Г. синдром «приводящей петли»;
- Д. «оставленный» антральный отдел желудка.

#### 2. Наиболее характерные признаки этого заболевания (выберите правильную комбинацию ответов если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. упорно рецидивирующая язвенная болезнь;
- 2. рвота большими объемами желудочного содержимого;
- 3. острые хирургические осложнения язвенной болезни в анамнезе;
- 4. частые поносы;
- 5. высокий уровень базальной секреции

#### 3. Методы исследования позволяющие поставить диагноз (выберите правильную комбинацию ответов А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. ангиография;
- 2. КТ;

3. УЗИ;
4. ЭГДС;
5. исследование уровня гастрина крови.

#### 4. Лечебная тактика при выявлении опухоли поджелудочной железы?

- А. гастрэктомия;
- Б. стволовая ваготомия;
- В. резекция поджелудочной железы;
- Г. реконструктивная операция на желудке;
- Д. удаление паращитовидных желез.

#### Задача №62

Больной К.30 лет поступил в клинику с жалобами на острые колющие боли в левой половине грудной клетки, одышку усиливающиеся при физической нагрузке, кашель. Около 2 часов назад больной получил тупую травму левой половины грудной клетки. При осмотре: состояние больного средней тяжести. При перкуссии грудной клетки слева высокий тампанический звук, при аускультации - ослабление дыхательных шумов, отсутствие голосового дрожания.

#### 1. Ваш предварительный диагноз?

- А. Инфаркт миокарда.
- Б. Острая пневмония.
- В. Эмпиема плевры.
- Г. Пневмоторакс.
- Д. Плеврит.

#### 2. Наиболее информативный диагностический метод для уточнения диагноза?

- А. Рентгенологическое исследование грудной клетки.
- Б. Бронхоскопия.
- В. Компьютерная томография грудной клетки.
- Г. Бронхография
- Д. Исследование функции внешнего дыхания.

3. Вы установили правильный диагноз. Какие рентгенологические признаки характерны для данного заболевания? (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Повышенная прозрачность легочного рисунка.
2. Отсутствие легочного рисунка на периферии.
3. Наличие жидкости в плевральной полости.
4. Тень коллабированного легкого с четкой наружной границей.
5. Пониженная прозрачность легочного рисунка.

4. Ваша тактика лечения на начальной стадии заболевания? (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Торакоскопия.
2. Дренирование плевральной полости.
3. Торакотомия.
4. Санационная бронхоскопия
5. Антибиотикотерапия.

**Задача №63**

Больная К., 73 лет, поступила с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой молочной железе, изъязвление кожи над образованием, отечность левой руки, боли в поясничной области. Со слов больной опухолевидное образование, постепенно увеличивающееся в размерах, появилось 2 года назад. В течение последнего месяца появились отечность руки и изъязвление над опухолевидным образованием. При осмотре в верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется опухолевидное образование диаметром 6 см, неподвижное, с нечеткими бугристыми контурами, с изъязвлением д 5 см. В левой подмышечной области пальпируется неподвижный конгломерат лимфоузлов 5х3х3 см.

**1.Какая стадия рака молочной железы у больной (Международная классификация 1997 г.)**

- А. Т 3.N 1. М X
- Б. Т 3.N 1. М 1
- В. Т 4.N 1. М X
- Г. Т 4.N 1. М 1
- Д. Т 3.N 1. М 0

**2.Дополнительные методы исследования для определения распространенности процесса (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)**

- 1.Ультразвуковое исследование брюшной полости
- 2.Сцинтиграфия позвоночника
- 3. Рентгенография легких
- 4. КТ головного мозга
- 5.Лапароскопия

**3.Какое лечение показано данной больной**

- А.Химиотерапия.
- Б.Лучевая терапия.
- В.Гормональная терапия.
- Г.Комбинированная терапия.
- Д.Операция

**4.Какая паллиативная операция возможна у данной пациентки**

- А.Радикальная мастэктомия по Холстеду
- Б.Простая мастэктомия с подмышечной лимфадэнектомией
- В.Ампутация молочной железы
- Г.Квадрантэктомия
- Д.Секторальная резекция

**Задача №64**

Больной 50 лет жалуется на чувство першения, царапания в горле, редкий сухой кашель, эпизодически затрудненное прохождение пищи по пищеводу, неприятный гнилостный запах изо рта. Болен в течении нескольких лет. При осмотре: состояние удовлетворительное, отмечается появление выпячивания в левой половине шеи при отведении головы назад.

**1.Ваш предварительный диагноз?**

- А) ахалазия пищевода
- Б) рак пищевода
- В) рефлюкс-эзофагит

- Г) глоточно-пищеводный дивертикул
- Д) рубцовая стриктура пищевода

**2. Наиболее информативные методы диагностики для уточнения диагноза:** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1) эзофагогастроскопия
- 2) КТ средостения
- 3) Р-графия пищевода и желудка
- 4) обзорная р-графия грудной полости
- 5) УЗИ органов брюшной полости**

**3. Перечислите возможные осложнения при данном заболевании:** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1) медиастинит
- 2) флегмона шеи
- 3) кровотечение
- 4) дивертикулит
- 5) перфорация

**4. Ваша тактика лечения?**

- А) динамическое наблюдение
- Б) консервативная терапия: диета, спазмолитики, антациды
- В) операция: дивертикулэктомия
- Г) эндоскопическая инвагинация дивертикула
- Д) бужирование

#### **Задача №65**

Больная 42 лет. С детства страдает ревматизмом с периодическими атаками. В настоящее время беспокоят одышка при умеренной физической нагрузке, перебои в работе сердца. При осмотре: цианоз губ, тахипное при разговоре, мерцательная аритмия, тахисистолия. Аускультативно – хлопающий 1 тон сердца, диастолический шум над верхушкой сердца. При эхокардиографии и рентгенологическом исследовании грудной клетки – резкое увеличение размеров сердца за счет левого предсердия.

**1. Ваш диагноз:**

- А. Врожденный порок сердца, коарктация аорты
- Б. Ревматический аортальный порок сердца со стенозом
- В. Ревматический митральный стеноз
- Г. Ревматизм, обострение заболевания
- Д. Острый перикардит

**2. Характерные признаки этого заболевания** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. цианоз носогубного треугольника
- 2. длительный анамнез
- 3. мерцательная аритмия
- 4. застой в малом круге кровообращения по данным рентгенологического исследования

## 5. частые тромбоэмболические осложнения

**3. Наиболее информативные диагностические методы.**

- А Эхокардиография
- Б. Компьютерная томография
- В. Коронарография
- Г. Аускультация
- Д. Суточное мониторирование ЭКГ

**4. Возможные варианты лечения больного** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. Баллонная вальвулопластика
- 2. Комисуротомия (открытая или закрытая)
- 3. Протезирование митрального клапана
- 4. Лечение в кардиологическом стационаре
- 5. Динамическое наблюдение

**Задача №66**

Больная К 38 лет поступила в клинику с жалобами на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, чувство инородного тела при глотании. При поступлении состояние удовлетворительное, Пульс 72 удара в минуту, АД 130 и 80 мм рт ст. При пальпации: левая доля щитовидной железы и перешеек не изменены. В проекции нижнего полюса правой доли определяется опухолевидное образование эластической консистенции, с четкими контурами, при глотании смещающееся с щитовидной железой. При ультразвуковом исследовании выявлено жидкостное образование 2 x 2.5 см с четкими контурами в проекции правой доли щитовидной железы

**1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной больной?**

- А Острый тиреоидит
- Б Киста щитовидной железы
- В. Диффузно-токсический зоб
- Г. Срединная киста шеи
- Д. Аутоиммунный тиреоидит

**2. Какой из дополнительных методов исследования необходим для постановки окончательного диагноза**

- А. Сцинтиграфия щитовидной железы
- Б. Непрямая ларингоскопия
- В. Исследование уровня тиреоидных гормонов
- Г. Пункционная биопсия и цитологическое исследование
- Д. Термография

**3. Вы поставили правильный клинический диагноз. Какой метод лечения наиболее целесообразен в данном случае?**

- А. Энуклеация узлового образования
- Б. Субтотальная резекция щитовидной железы
- В. Тиреоидэктомия
- Г. Консервативное лечение
- Д. Пункция и склерозирование под УЗИ контролем

**4. Основной причиной спорадического зоба являются**

- А. Недостаток поступления йода в организм
- Б. Нарушение усвоения йода
- В. Избыточное поступление йода в организм
- Г. Травма щитовидной железы
- Д. Тиреоидит

**Задача №67**

Больной С., 62 лет. Поступил с жалобами на боли в икроножных мышцах левой голени, возникающие при прохождении 50-100 метров и исчезающие после кратковременного отдыха. Заболел 2 года назад, когда впервые стал отмечать боли в левой голени при длительной ходьбе. В последующем количество метров, которое мог пройти больной без отдыха, прогрессивно уменьшалось. За лечебной помощью не обращался. Объективно: левая голень и стопа бледной окраски, кожная температура снижена. Волосы на голени отсутствуют. Ногти на пальцах ног потускневшие, ломкие. Пульсация на правой нижней конечности определяется во всех точках, на левой – лишь на бедренной артерии. Положительные симптомы Оппеля, Самуэльса, Гольдфлама.

**1. Предварительный диагноз:**

- А. облитерирующий атеросклероз
- Б. облитерирующий тромбангиит
- В. диабетическая макроангиопатия
- Г. неспецифический аортоартериит
- Д. диабетическая микроангиопатия

**2. Причина отсутствия пульсации на левой подколенной артерии:**

- А. окклюзия бедренно-подколенного сегмента
- Б. левосторонний илеофemorальный тромбоз
- В. тромбоз наружной подвздошной артерии слева
- Г. окклюзия терминального отдела брюшной аорты
- Д. аневризма подвздошной артерии

**3. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?**

(выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. реовазография
- 2. дуплексное сканирование
- 3. транслюмбальная аортография
- 4. компьютерная томография
- 5. магнитно-резонансная томография

**4) Возможная лечебная тактика у данного больного:**

- А. бедренно-подколенное шунтирование
- Б. поясничная симпатэктомия
- В. бедренно-тибиальное шунтирование
- Г. аорто-бедренное шунтирование, дополненное бедренно-подколенным шунтированием
- Д. консервативная терапия с целью улучшения микроциркуляции и метаболических процессов в тканях и стимуляции развития коллатералей

**Задача №68**

У больного 23 лет с паховой грыжей после поднятия тяжести грыжа перестала вправляться, появились сильные боли в области грыжевого выпячивания. При осмотре – общее состояние удовлетворительное, грыжевое выпячивание при пальпации резко болезненное, в брюшную полость не вправляется.

**1. Предварительный диагноз?**

- А. Кишечная колика
- Б. Острый аппендицит
- В. Почечная колика
- Г. Ущемленная паховая грыжа
- Д. Перфоративная язва

**2. Наиболее характерный признак при этом заболевании?**

- А. Отрицательный симптом «кашлевого толчка»
- Б. Отрицательный симптом «блока»
- В. «Доскообразный живот»
- Г. Исчезновение печеночной тупости
- Д. Мелена

**3. Наиболее информативный диагностический прием для определения тактики лечения?**

- А. Компьютерная томография
- Б. УЗИ брюшной полости
- В. Физикальное исследование
- Г. Обзорная рентгенография брюшной полости
- Д. Лапароскопия

**4. Ваша тактика лечения?**

- А. Экстренная операция
- Б. Антибиотикотерапия
- В. Введение спазмолитиков
- Г. Попытка вправления грыжевого выпячивания
- Д. Очистительная клизма

**Задача №69**

Больного Г, 24 лет, в течение 3 лет беспокоят боли в эпигастральной области, возникающие через 1-1.5 часа после приема пищи и в ночные часы, изжога. 3 часа назад пациент отметил появление острой боли в эпигастральной области, которая распространилась по всему животу, затруднение дыхания в вертикальном положении. При госпитализации: состояние больного средней тяжести, находится в положении на правом боку с подогнутыми коленями; температура тела 36,8, отмечается тахикардия до 90 в минуту.

**1. Предварительный диагноз (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)**

- 1. острый аппендицит;
- 2. острый панкреатит;
- 3. перфоративная язва 12п кишки;
- 4. мезентериальный тромбоз;
- 5. кровотечение из язвы 12п кишки.

**2. Наиболее характерные симптомы при этом заболевании** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. мелена;
2. “доскообразный живот”;
3. “шум плеска” ;
4. исчезновение печеночной тупости;
5. частый жидкий стул.

**3. Наиболее информативные методы исследования определяющие лечебную тактику** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно Д-все верно)

1. Обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости;
2. колоноскопия;
3. эзофагогастродуоденоскопия;
4. УЗИ брюшной полости;
5. исследование желудочной секреции.

**4. Ваша лечебная тактика при подтверждении диагноза?**

- А. массивная антибиотикотерапия;
- Б. введение антацидных препаратов;
- В. экстренная операция;
- Г. установка назогастрального зонда;
- Д. введение антиферментных препаратов.

#### **Задача №70**

Больной М, 57 лет поступил в клинику с жалобами на кашель, сопровождающийся мокротой, иногда с прожилками крови, боли в правой половине грудной клетки при кашле, слабость, повышение температуры тела по вечерам до 37.5 гр. С, потливость. В анамнезе: дважды в течении 3 месяцев больной госпитализировался в терапевтический стационар с диагнозом: правосторонняя пневмония. После курса антибиотикотерапии выписывался домой с значительным улучшением состояния. При осмотре: состояние средней тяжести. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторно справа отмечается притупление перкуторного звука, отсутствие голосового дрожания, ослабление дыхательных шумов. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение тени правого корня легкого, ателектаз в верхней доле правого легкого.

**1. Предварительный диагноз?**

- А. Бронхоэктатическая болезнь.
- Б. Острый абсцесс легкого.
- В. Пневмония.
- Г. Рак легкого.
- Д. Эмпиема плевры.

**2. Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Компьютерная томография легких.
2. Исследования функции внешнего дыхания.
3. Бронхоскопия с биопсией.
4. Бронхография.
5. Исследование мокроты.

**3. Вы установили правильный диагноз. Какова Ваша тактика лечения** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Противовоспалительная терапия
2. Хирургическое лечение.
3. Динамическое наблюдение.
4. Хирургическое лечение с последующей химиотерапией
5. Лучевая терапия.

**4. Какие методы профилактики данного заболевания Вы могли бы предложить?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Борьба с курением.
2. Поддержание чистоты воздуха.
3. Регулярные флюорографии.
4. Профилактические мероприятия с лицами, относящимися к группам риска.
5. Дыхательная гимнастика

### **Задача №71**

Больная С., 25 лет, поступила с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой молочной железе, боль и покраснение кожи в области образования, повышение температуры тела до 38. Из анамнеза известно, что больная в течении 6 месяцев после родов кормит ребенка грудью. За последнюю неделю появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре в верхненаружном квадранте левой молочной железы имеется гиперемия и кожи. При пальпации над этой областью определяется опухолевидное образование диаметром 6-7 см, плотно-эластической консистенции, с нечеткими контурами, резко болезненное при пальпации. Из сосков отделяемое белого цвета без запаха.

#### **1. Предварительный диагноз.**

- А. Фиброаденома
- Б. Острый мастит
- В. Маститоподобный рак
- Г. Узловая мастопатия
- Д. Папиллома

#### **2. Наиболее частый возбудитель мастита**

- А. Кишечная палочка
- Б. Синегнойная палочка
- В. Стафилококк
- Г. Протей
- Д. Стрептококк

#### **3. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза**

- А. Маммография
- Б. Ультразвуковое исследование
- В. МР-томография.
- Г. Пункция образования под контролем УЗИ.
- Д. Рентгеноскопия грудной клетки

**4. Какова тактика лечения больной** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Антибактериальная терапия

2. Вскрытие и дренирование мастита
3. Подавление лактации
4. Тугое бинтование груди
5. Возвышенное положение молочных желез

### Задача №72

У больного 40 лет, вскоре после проведенной диагностической эзофагогастроскопии, появились резкие боли за грудиной, иррадиирующие в спину и левое плечо, однократная рвота с примесью алой крови. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Живот мягкий, безболезненный. Температура-37,2, лейкоциты-10000.

#### 1. Предварительный диагноз?

- А) острый инфаркт миокарда.
- Б) кровотечение из расширенных вен пищевода.
- В) повреждение пищевода.
- Г) перфоративная язва желудка.
- Д) синдром Мелори-Вейса.

#### 2. Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза

(выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1) обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей.
- 2) эзофагогастродуоденоскопия.
- 3) Р-исследование пищевода с водорастворимым контрастом.
- 4) ЭКГ
- 5) УЗИ органов брюшной полости.

#### 3. Вы установили правильный диагноз. Какие осложнения могут возникнуть у

больного? (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1) кровотечение.
- 2) медиастинит.
- 3) эмпиема плевры.
- 4) перитонит
- 5) кардиогенный шок.

#### 4. Ваша тактика лечения: (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3;

Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. исключение питания через рот, назогастральный зонд.
2. дренирование средостения
3. антибиотикотерапия.
4. экстренная торакотомия.
5. экстренная лапаротомия

### Задача №73

Пациент И., 34 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, перебои в работе сердца, быструю утомляемость. Из анамнеза известно, что при рождении выявлен шум в сердце. Ранее не обследовался. Ухудшение состояния в течение последних 2 лет, когда стала нарастать одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца. Объективно: в легких дыхание с жестким оттенком. Тоны сердца ритмичные, единичные желудочковые экстрасистолы. Систолический шум над

областью сердца с максимумом во 2-3 межреберье слева от грудины, акцент 2 тона над легочной артерией. На ЭКГ: правограмма, признаки гипертрофии правого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы. Блокада правой ножки пучка Гиса. На ЭХОКГ: клапаны сердца без особенностей, отмечается расширение правых камер сердца, турбулентный поток на уровне межпредсердной перегородки, со сбросом слева направо. Рентгенография легких: усиление сосудистого рисунка легких, тень сердца расширена, в прямой проекции увеличена 2 дуга.

**1.Предварительный диагноз:**

- А. коарктация аорты
- Б. митральный порок
- В. открытый артериальный проток
- Г. дефект межпредсердной перегородки
- Д. перикардит

**2.Наиболее характерные признаки при этом заболевании:**

- А. гипертонические кризы
- Б. боли в области сердца
- В. одышка
- Г. головокружение
- Д.сердцебиение

**3. Наиболее информативные диагностические методы для определения тактики лечения** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1) зондирование полостей сердца,
- 2) коронарография,
- 3) комплексная эхокардиография,
- 4) рентгенография грудной клетки,
- 5) ЭКГ

**4.Ваша тактика лечения:**

- А. наблюдение,
- Б. медикаментозная терапия,
- В. оперативное лечение,
- Г. ангиопластика,
- Д. установка кардиостимулятора

**Задача №74**

Больная 28 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, похудание, сердцебиение, перебои в деятельности сердца. При пальпации щитовидная железа увеличена за счет обеих долей и перешейка, мягко-эластической консистенции, безболезненная. Положительны глазные симптомы: экзофтальм, редкое мигание, нарушение конвергенции. Пульс 110 уд. в минуту. При УЗИ – диффузное увеличение щитовидной железы, объем – 25 мл

**1. Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки**

- А. Острый тиреоидит.
- Б. Рак щитовидной железы
- В. Тиреоидит де Кервена
- Г. Диффузно-токсический зоб
- Д. Тиреотоксическая аденома

- 2. Вы поставили диагноз. Какой метод исследования является наиболее информативным.**
- Исследование основного обмена
  - Исследование уровня тиреоидных гормонов и уровня тиреотропного гормона
  - Тонкоигольная аспирационная биопсия
  - Сканирование радиоизотопным иодом
  - Лимфография
- 3. Укажите наиболее частую причину тиреотоксикоза**
- Тиреотоксическая аденома
  - Аутоиммунный тиреоидит
  - Диффузно-токсический зоб
  - Многоузловой зоб с базедофикацией
  - Зоб Риделя
- 4. Какое лечение показано данной больной**
- Лечение радиоактивным йодом
  - Срочная тиреоидэктомия
  - Терапия тиреостатическими препаратами
  - Субтотальная резекция щитовидной железы
  - Дистанционная лучевая терапия

#### **Задача №75**

В стационар поступил больной с диагнозом «острый аппендицит». Заболел 12 часов назад, когда у больного появились боли в правой подвздошной области, иррадиировавшие как в поясницу, так и в паховую область. Была тошнота, однократная рвота, отмечал учащение мочеиспускания. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 88 ударов в мин. Язык суховат. Живот в правой половине умеренно напряжен и болезнен лишь при глубокой пальпации. Симптом «псоас» положительный. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Пальпация правой поясничной области также несколько болезненна. Лейкоцитов в крови—13 x 10. 9/л.

**1). Какими заболеваниями может быть обусловлена описанная клиническая картина?**

- Острый ретроцекальный аппендицит.
- Острый холецистит.
- Прободная язва 12 п.к.
- Правосторонняя почечная колика.
- Болезнь Крона.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1, 2, 3 ; Б) 1, 5; В) 1, 4; Г) 4, 5; Д) 2, 4 .

**2). Диагностическая программа при остром аппендиците включает:**

- Тщательный сбор анамнестических данных.
- Исключаются заболевания, которые могут симулировать острую патологию в животе.
- Ректальное исследование у мужчин и дополнительное вагинальное исследование у женщин.
- Проведение лабораторных исследований.
- Ультразвуковое исследование.

Выберите правильную комбинацию ответов: А) 1, 2, 3, 4; Б) 1, 2, 3; В) 3, 4, 5; Г) 1, 3, 4, 5; Д) все ответы верны.

**3) Дополнительные исследования, которые помогут уточнить диагноз:**

1. Срочное исследование мочи и общий анализ.
2. Ангиография почечных артерий.
3. Лапароскопия.
4. Ультразвуковое исследование.
5. Экскреторная урография.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) 1, 2, 3; Б) 1, 2, 4; В) 1, 3, 4; Г) 2, 4, 5; Д) все ответы верны.

**4). При подозрении на острый аппендицит нельзя назначать?**

- А) пузырь со льдом;
- Б) антибиотики;
- В) спазмолитики;
- Г) слабительное или клизму;
- Д) экстренную лапаротомию.

**Задача №76**

Больная 56 лет оперирована по поводу острого аппендицита через 72 час от начала заболевания. На операции обнаружено, что в правой подвздошной области имеется воспалительный конгломерат, состоящий из слепой кишки, петель тонкой кишки и большого сальника. Червеобразный отросток не найден.

**1). Наиболее вероятен диагноз:**

- А) острый гангренозный аппендицит;
- Б) опухоль слепой кишки;
- В) аппендикулярный инфильтрат;
- Г) терминальный илеит;
- Д) неспецифический язвенный колит.

**2). Диагностическая программа при данной патологии включает в себя:**

1. Тщательный сбор анамнестических данных;
2. Фиброколоноскопия в первые часы;
3. Ректальное исследование у мужчин и дополнительное вагинальное исследование у женщин.
4. Проведение лабораторных исследований.
5. Ультразвуковое исследование.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) 1, 2, 3, 4; Б) 1, 2, 5; В) 3, 4, 5; Г) 1, 3, 4, 5; Д) все ответы верны.

**3). Наиболее характерные признаки при этом заболевании:**

1. Плотное малоподвижное опухолевидное образование в правой подвздошной области;
2. Мышечный дефанс;
3. Симптомы раздражения брюшины;
4. Постепенно стихающий болевой симптом;
5. Признаки кишечной непроходимости.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) 1, 2, 3; Б) 2, 4, 5; В) 1, 2, 5; Г) 1, 4; Д) 4, 5.

**4). Ваша последующая интраоперационная тактика:**

- А) резекция кишечника;
- Б) аппендэктомия;
- В) тампонирование брюшной полости;
- Г) микроиригатор для инфузии антибиотиков;
- Д) правосторонняя гемиколэктомия.

**Задача №77**

Больная 48 лет поступила в клинику с жалобами на боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, рвоту желчью, повышение температуры до 37,7°C. Состояние больной средней тяжести, пульс 100 уд. в мин, язык суховат, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье. Там же определяется мышечный дефанс и локально симптом Щеткина-Блюмберга, положительны симптомы Ортнера и Мэрфи. Лейкоцитоз—18х10<sup>9</sup>/л, амилаза крови и диастаза мочи не повышены.

**1). Какими заболеваниями может быть обусловлена описанная клиническая картина?**

- 1. Острый аппендицит с подпеченочным расположением;
- 2. Острый холецистит.
- 3. Прободная язва 12 п.к.
- 4. Абсцесс печени.
- 5. Острый холецистопанкреатит.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) 1, 2, 3 ; Б) 1, 2, 5; В) 1, 3, 4; Г) 3, 4, 5; Д) все верно.

**2). Какие исследования вы проведете этой больной для уточнения диагноза:**

- 1. Обзорную рентгеноскопию органов брюшной полости;
- 2. Лапароскопию;
- 3. ЭГДС;
- 4. УЗИ;
- 5. РПХГ.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) 1, 2, 3 ; Б) 1, 2, 5; В) 1, 3, 4; Г) 3, 4, 5; Д) все верно.

**3). Наиболее оптимальным диагностическим методом у этой больной будет:**

- А) обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости;
- Б) лапароскопия;
- В) ЭГДС;
- Г) УЗИ;
- Д) РПХГ.

**4). Фактором, определяющим тактику хирурга у данной больной будет:**

- А) повышение температуры;
- Б) сопутствующие заболевания;
- В) возраст больной;
- Г) наличие перитонита и его распространенность;
- Д) квалификация хирурга.

**Задача №78**

Больной 46 лет жалуется на наличие опухолевидного образования в верхней половине живота, увеличивающегося в размерах, умеренную постоянную боль. Из анамнеза известно, что около года тому назад перенес тяжелый приступ острого панкреатита. Состояние больного удовлетворительное. В эпигастрии и левом подреберье пальпируется «опухоль» плотноэластической консистенции размерами 18x15x10 см. При рентгеноскопии желудка отмечено оттеснение его кпереди и вправо, «подкова» двенадцатиперстной кишки развернута, поперечно-ободочная кишка оттеснена книзу.

**1).Ваш предварительный диагноз:**

- А) рак поджелудочной железы;
- Б) саркома забрюшинного пространства;
- В) аневризма брюшного отдела аорты;
- Г) киста поджелудочной железы;
- Д) цистoadенокарцинома поджелудочной железы.

**2).Какими дополнительными исследованиями его можно верифицировать:**

- 1. КТ;
- 2. Лапароскопия;
- 3. Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ);
- 4. УЗИ;
- 5. РПХГ.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) 1, 2, 3; Б) 1, 2, 4; В) 1, 3, 4, Г) 2, 4, 5; Д) Все верно.

**3).Наиболее обоснованным является:**

- А). Консервативная терапия;
- Б). Чрескожное дренирование;
- В). Резекция поджелудочной железы;
- Г). Панкреатоцистоэнтеростомия;
- Д). Панкреатодуоденальная резекция.

**4) При определенных условиях возможный оптимальный вариант «малоинвазивного» лечения:**

- А) УЗ-контролируемая чрескожная панкреатоцистогастростомия
- Б) Эндоскопическая панкреатоцистодуоденостомия
- В) Лапароскопическая панкреатоцистогастростомия
- Г) Лапароскопическая резекция поджелудочной железы
- Д) Склеротерапия под КТ-наведением

**Задача №79**

Женщина 60 лет, предъявляет жалобы на ноющие боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, беспокоящие в течение 4 месяцев, ставшие в последнее время постоянными. Очевидной диспепсии нет, однако похудела. Желтухи и лихорадки нет. Пальпаторная болезненность в эпигастральной области, явных новообразований не выявляются. При ЭГДС – патологии не обнаружено. При УЗИ в проекции тела и хвоста ПЖ определяется кистозное образование, с внутренней структурой диаметром до 6 см, не дающее доплеровского эффекта, панкреатический проток не расширен; патологии гепатобилиарной системы нет.

**1). Что в анамнезе имеет существенное значение для постановки диагноза**

- А. возраст и пол больной

- Б. длительность анамнеза болей
- В. похудание
- Г. отсутствие патологии билиарной системы
- Д. отсутствие острого панкреатита в анамнезе

**2). Какой метод будет иметь принципиальное значение для верификации процесса:**

- А. цитологическое исследование аспирата (из образования)
- Б. ретроградная холангиопанкреатография
- В. определение уровня панкреатических ферментов в крови и аспирате
- Г. КТ или МРТ
- Д. фистулография образования (при пункции)

**3). Какова опасность выполнения цистодигестивного анастомоза в данном случае**

- А. отсутствие связи с протоком железы
- Б. малый размер образования
- В. локализация образования в теле
- Г. возможность цистаденокарциномы
- Д. нет противопоказаний к выполнению цистодигестивного анастомоза

**4). Определите рациональный объем оперативного пособия**

- А. Дистальная резекция поджелудочной железы
- Б. Панкреатодуоденальная резекция
- В. Цистодигестивный анастомоз
- Г. Энуклеация образования
- Д. Нет показаний к оперативному лечению

**Задача №80**

Больная 60 лет последние месяцы отмечает желудочный дискомфорт, иногда боли в животе. При гастроскопии экзофитная 5-сантиметровая изъязвленная опухоль антрального отдела. При УЗИ брюшной полости свободной жидкости, признаков очагового поражения печени или лимфатических узлов нет, солидные опухоли обоих яичников диаметром 6-7 см.

**1). Какое дополнительное исследование желудка следует предпринять в первую очередь для уточнения диагноза?**

- А. рН-метрия
- Б. Тест на геликобактер
- В. Биопсия
- Г. Хромогастроскопия
- Д. Диагноз и без того окончательно ясен

**2). Какая гистологическая картина будет, скорее всего, соответствовать вашему диагнозу?**

- А. Аденокарцинома
- Б. Саркома
- В. Периульцерозное воспаление
- Г. Эпидермоидный рак
- Д. Кишечная метаплазия

**3). Как следует расценить поражения яичников?**

- А. Кистомы
- Б. Эндометриоз

- В. Метастаз Вирхова
- Г. Метастаз Шницлера
- Д. Метастазы Крукенберга

**4). Какое вмешательство показано в данном случае?**

- А. Химиотерапия
- Б. Лучевая терапия
- В. Фотодинамическая терапия
- Г. Симптоматическая терапия
- Д. Резекция желудка + овариэктомия

**Задача №81**

Больная 70 лет поступает с анемией, нарастающей последние несколько месяцев. Примерно это же время отмечает расстройство стула. При осмотре в правой подвздошной области определяется малоблезненное, подвижное опухолевидное образование 8 x 6 см.

**1). Наиболее вероятный диагноз?**

- А. Аппендикулярный инфильтрат
- Б. Заворот слепой кишки
- В. Болезнь Крона
- Г. Неспецифический язвенный колит
- Д. Опухоль слепой кишки

**2). Какое исследование показано в данном случае?**

- А. Колоноскопия
- Б. Ирригоскопия
- В. Ректороманоскопия
- Г. Ректоскопия
- Д. Двойное контрастирование толстой кишки

**3). Какая гистологическая картина будет соответствовать Вашему диагнозу?**

- А. Аденокарцинома
- Б. Саркома
- В. Эпидермоидная карцинома
- Г. Виллезная аденома
- Д. Гранулема

**4). Наиболее оправданное лечение?**

- А. Илеотрансверзостомия
- Б. Правосторонняя гемиколэктомия
- В. Гормоны + сульфасалазин
- Г. Химиотерапия
- Д. Лучевая терапия

**Задача №82**

У пожилого больного 5 часов назад возникли сильные боли внизу живота, тошнота, рвота. Состояние больного средней тяжести. Язык сухой. Живот вздут, болезнен и напряжен в

нижних отделах. Лейкоциты крови 13000. Пульс 110 ударов в минуту, единичные экстрасистолы. Вы заподозрили у больного перфорацию опухоли сигмовидной кишки.

**1). Какие дополнительные мероприятия Вы предпримите для установления диагноза?**

1. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости и грудной клетки
2. Проба Цеге – фон - Мантейфеля
3. Пальцевое исследование прямой кишки
4. Ректороманоскопия
5. УЗИ органов брюшной полости

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А). 1, 3, Б). 1, 2, 3 В). 3, 4, 5 Г). 1, 2, 3, 5, Д). 1, 2, 3, 4, 5

**2). Ваш диагноз оказался верным. Что Вы предпримите в плане предоперационной подготовки?**

- А. Форсированный диурез
- Б. Очистительная клизма
- В. Обезболивание
- Г. Премедикация антибиотиками и инфузионная терапия
- Д. Сифонная клизма

**3). Какой операционный доступ Вы выберете?**

- А. Нижнесрединная лапаротомия
- Б. Верхнесрединная лапаротомия
- В. Среднесрединная лапаротомия
- Г. Косой переменный доступ слева
- Д. Доступ по Пфаненштилю

**4). Какую операцию Вы выполните?**

- А. Ушивание перфоративного отверстия
- Б. Резекция сигмовидной кишки с наложением анастомоза конец в конец
- В. Операция Гартмана
- Г. Левосторонняя гемиколэктомия
- Д. Обходной анастомоз

**Задача №83**

Больной 85 лет доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение больницы с клинической картиной ущемленной правосторонней паховой грыжи. С момента ущемления прошло 14 часов. Состояние средней тяжести. Беспокоит тошнота, была неоднократная рвота. Пульс 86 ударов в минуту, мерцательная аритмия. АД 200/100 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен. Живот не вздут, при пальпации напряжен и болезненный в нижних отделах справа, где определяются симптомы раздражения брюшины. Выше правой паховой складки определяется болезненное, овальной формы образование размерами 10 x 8 см, не вправляющееся в брюшную полость. На ЭКГ старые рубцовые изменения миокарда. Из сопутствующей патологии ИБС (в анамнезе 2 инфаркта миокарда, один из них трансмуральный), гипертоническая болезнь, сахарный диабет (получает инсулин 30 единиц в день). Также отчетливо определяется картина правостороннего гемипареза после недавно перенесенного инсульта.

**1). Какая должна быть тактика хирурга?**

- А. Экстренная операция
- Б. Попытаться вправить грыжу, оперировать только при неэффективности вправления
- В. Операция после полной компенсации сопутствующих заболеваний
- Г. Провести комплекс консервативных мероприятий, направленных на ликвидацию непроходимости, оперировать только при отсутствии эффекта.
- Д. В связи с тяжелой сопутствующей патологией операция показана только при явных признаках разлитого перитонита

**2). Во время операции в грыжевом мешке обнаружены две неизменные петли тонкой кишки, после рассечения ущемляющего кольца между ними в брюшной полости обнаружена некротизированная петля. О каком ущемлении можно думать?**

- А. Ущемление Рихтера
- Б. Ретроградное ущемление
- В. Каловое ущемление
- Г. Эластическое ущемление
- Д. Ущемление Литтре

**3). Какая должна быть дальнейшая тактика хирурга?**

- А. Выполнить нижнесрединную лапаротомию и произвести ревизию органов малого таза
- Б. Выполнить средне-срединную лапаротомию и произвести ревизию органов брюшной полости
- В. Произвести ревизию тонкой кишки через имеющийся доступ
- Г. Произвести ревизию органов брюшной полости, расширив имеющийся доступ
- Д. Выполнить верхнесрединную лапаротомию и произвести ревизию всей тонкой кишки

**4). Чем должна быть закончена операция?**

- А. Резекция тонкой кишки с анастомозом “конец в конец”, пластика пахового канала
- Б. Пластика пахового канала
- В. Резекция тонкой кишки с выведением илеостомы, пластика пахового канала
- Г. Дренирование брюшной полости, пластика пахового канала
- Д. Резекция тонкой кишки с анастомозом “конец в конец”, дренирование брюшной полости, пластика пахового канала

**Задача №84**

Больной Ф., 35 лет, жалуется на наличие болезненной язвы в области 1-го пальца левой стопы. В течение 1 года беспокоят боли в стопах при ходьбе, зябкость пальцев стоп. 1½ месяца назад на подошвенной поверхности 1-го пальца левой стопы образовалась небольшая язва, размеры которой со временем увеличились. Лечился самостоятельно мазевыми повязками. Объективно: при осмотре обращает внимание легкая гиперемия пальцев стоп. На подошвенной поверхности ногтевой фаланги 1-го пальца имеется язва размерами до 1х1,5 см с неровными краями, дно которой покрыто некротическим налетом. Окружность голеней на симметричных уровнях одинакова. Стопы теплые на ощупь. Пульсация на артериях нижних конечностей, включая и артерии стоп, отчетливая. Симптом Опшеля положительный, симптомы Гольдфлама и Панченко отрицательные. Глюкоза крови – 13,4 ммоль/л.

**1) Предположительный диагноз?**

- А. диабетическая микроангиопатия
- Б. неспецифический аортоартериит
- В. диабетическая макроангиопатия
- Г. облитерирующий тромбоангиит левой нижней конечности
- Д. атеросклероз сосудов нижней конечности

**2) При указанном заболевании наиболее характерно поражение следующих сосудов** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. венул
- 2. артериол
- 3. капилляров
- 4. артерий
- 5. вен

**3) Основные методы диагностики заболевания** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. ангиография
- 2. дуплексное сканирование сосудов
- 3. капилляроскопия
- 4. физикальное исследование
- 5. определение сахара крови

**4) Какой метод лечения должен использоваться?**

- А. поясничная симпатэктомия
- Б. консервативная терапия
- В. ампутация первого пальца левой стопы
- Г. ампутация левой голени
- Д. грудная симпатэктомия

**Задача №85**

Больного 33 лет в течение многих лет беспокоит изжога. В ночное время просыпается от затекания кислого содержимого в рот или его вытекания на подушку.

**1. Предварительный диагноз?**

- А. Язвенная болезнь желудка
- Б. Язвенная болезнь 12-перстной кишки
- В. Хронический гастрит
- Г. Рефлюкс – эзофагит
- Д. Хронический холецистит

**2. Наиболее частая причина данного заболевания?**

- А. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Б. Хронический дуоденит
- В. Хронический гастрит
- Г. язвенная болезнь 12п.кишки
- Д. Синдром Меллори – Вейса

**3. Наиболее информативный диагностический прием?**

- А. УЗИ брюшной полости
- Б. Рентгенография пищевода и желудка, эзофагогастроскопия

- В. Исследование желудочной секреции
- Г. Обзорная рентгенография брюшной полости
- Д. Лапароскопия

**4. Ваша тактика?**

- А. Назначение спазмолитиков
- Б. Назначение Н-2 гистаминоблокаторов, обволакивающих средств
- В. Назначение обезболивающих
- Г. Оперативное лечение
- Д. Промывание желудка

**Задача №86**

Больной И., 54 лет, поступил в клинику с жалобами на боль в эпигастральной области, иррадиирующую в поясницу, возникающую через 15-20 минут после приема пищи, тошноту. Из анамнеза известно, что с 25-ти летнего возраста страдает хроническим гастритом. 8 лет назад была выявлена язва нижней трети тела желудка. Трижды по этому поводу находился на лечении в терапевтических стационарах с положительным эффектом. Настоящие жалобы появились две недели назад. При осмотре: Состояние удовлетворительное. Пульс – 74 в минуту, ритмичный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области. Асцита нет. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

**1. Наиболее вероятный предварительный диагноз?**

- А. язвенная болезнь 12 п. кишки;
- Б. хронический панкреатит;
- В. язвенная болезнь желудка;
- Г. хронический гастрит;
- Д. мезентериальный тромбоз.

**2. Осложнение заболевания, развившееся у данного больного?**

- А. перфорация язвы;
- Б. кровотечение из язвы;
- В. язвенный стеноз;
- Г. пенетрация язвы в поджелудочную железу;
- Д. раковая кахексия.

**3. Методы исследования, позволяющие уточнить диагноз (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)**

- 1. исследование желудочной секреции;
- 2. ЭГДС с биопсией;
- 3. рентгенография желудка;
- 4. сцинтиграфия костей;
- 5. ангиография.

**4. Лечебная тактика при подтверждении предварительного диагноза?**

- А. консервативная терапия;
- Б. СПВ;
- В. гастроэнтеростомия;
- Г. резекция желудка;
- Д. гастрэктомия.

**Задача №87**

Больная А, 22 лет поступила в клинику с жалобами на кашель с большим количеством мокроты по утрам, боли в левой половине грудной клетки, одышку, при физической нагрузке, повышение температуры тела по вечерам до 37,4 гр.С. В анамнезе: в течении многих лет у больной периодически в осенне-весенний период появляются вышеперечисленные жалобы. После курса противовоспалительной терапии состояние больной нормализуется. При осмотре: состояние больной относительно удовлетворительное, пальцы рук в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол. Левая половина грудной клетки незначительно отстает при дыхании от правой. При перкуссии в этой области легочный звук укорочен. При аускультации выслушиваются крупно-и среднепузырчатые влажные хрипы.

**1. Ваш предварительный диагноз?**

- а. Эмпиема плевры.
- б. Абсцесс легкого.
- в. Рак легкого.
- г. Бронхоэктатическая болезнь.
- д. Пневмония.

**2. Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Бронхография.
2. Торакоскопия.
3. Компьютерная томография.
4. Исследование мокроты.
5. Исследование внешнего дыхания

**3. Вы установили правильный диагноз. Каков механизм развития данного заболевания?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Сдавление бронха увеличенными лимфатическими узлами.
2. Попадание инородных тел в просвет бронха.
3. Сдавление бронха опухолью.
4. Нарушение оттока бронхиального секрета при стенозе мелких бронхов.
5. Наличие в анамнезе туберкулеза, хронического абсцесса.

**4. Ваша тактика лечения в зависимости от стадии процесса?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. В I стадии заболевания показана консервативная терапия.
2. В I стадии заболевания показано хирургическое лечение.
3. В I и II стадиях заболевания показана консервативная терапия.
4. В II стадии заболевания показано хирургическое лечение.
5. Во всех стадиях заболевания показана только консервативная терапия.

**Задача №88**

Больная А., 45 лет, обратилась с жалобами на кровянистые выделения из правой молочной железы. Из анамнеза известно, что данные выделения появились 2 месяца назад.

**1. Предположительный диагноз**

- А. Внутрипротоковый рак
- Б. Фиброзно-кистозная мастопатия
- В. Внутрипротоковая папиллома
- Г. Рак Педжета
- Д. Хронический мастит

**2. Дополнительные методы обследования** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1. Маммография
- 2. УЗИ молочных желез
- 3. Дуктография
- 4. Цитологическое исследование отделяемого
- 5. Термография

**3. При цитологическом исследовании картина внутрипротокового рака. Ваша тактика.**

- А. Секторальная резекция
- Б. Простая мастэктомия с подмышечной лимфадэнектомией
- В. Удаление центрального сектора.
- Г. Радикальная мастэктомия с лимфадэнектомией
- Д. Ампутация молочной железы

**4. Какая тактика ведения больной после операции**

- А. Маммография 1 раз год
- Б. Химиотерапия
- В. Лучевая терапия
- Г. Кастрация
- Д. Гормонотерапия

**Задача №89**

Больной 40 лет жалуется на затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу при глотании. В анамнезе: год назад по ошибке выпил неизвестную жидкость, за врачебной помощью не обращался, лечился самостоятельно.

**1. Ваш предварительный диагноз?**

- а) кардиоспазм
- б) рубцовая стриктура пищевода
- в) терминальный рефлюкс-эзофагит
- г) рак пищевода
- д) синдром Мелори-Вейса

**2. Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза и тактики лечения?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1) КТ средостения
- 2) Р-графия пищевода и желудка
- 3) эзофагогастроскопия
- 4) РН-метрия

5) УЗИ органов брюшной полости

**3.Перечислите ранние способы профилактики послеожоговых рубцовых стриктур пищевода:** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1) раннее кормление
- 2) в/м введение лидазы
- 3)в/м введение кортикостероидов (кортизон, преднизолон)
- 4) бужирование пищевода ( с 9-11 суток)
- 5) прием микстуры (анестезин,5% р-р новокаина, антибиотик, оливковое масло)

**4.Основным методом лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода является:**

- А) консервативное лечение: спазмолитики, диета
- Б) пластика пищевода
- В) бужирование пищевода
- Г) кардиомиотомия
- Д) операция Добромыслова-Торека

#### **Задача №90**

Пациент 54 лет, предъявляет жалобы на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, наличие отеков на нижних конечностях, одутловатость лица. Заболел остро 10 дней назад, заболевание началось с высокой лихорадки. Постепенно нарастали одышка и отеки на нижних конечностях. При лечении антибиотиками отмечена нормализация температуры, однако одышка и отеки прогрессируют. При осмотре: состояние тяжелое, занимает вынужденное сидячее положение в кровати, на нижних конечностях выраженные отеки, определяется асцит. Отмечается пульсация шейных вен. При аускультации-глухость тонов сердца, шумов нет. На ЭКГ резкое снижение вольтажа всех зубцов, на рентгенограмме грудной клетки: увеличение тени сердца как в право, так и влево.

#### **1. Предварительный диагноз**

- А. Острый инфаркт миокарда
- Б. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии
- В. Острый экссудативный перикардит
- Г. Септический эндокардит с поражением клапанов сердца
- Д. Илеофemorальный тромбоз

**2. Для данного заболевания характерны** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Значительное повышение центрального венозного давления
2. Цианоз верхней половины туловища
3. Одышка
4. Боли в области нижних конечностей
5. Боли в области сердца

**3. Какая манипуляция поможет Вам как в диагностике, так и в лечении больного** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Пункция полости перикарда

2. Дренирование плевральной полости
3. Эхокардиография
4. УЗДГ сосудов нижних конечностей
5. Постановка кава-фильтра

**4. Какие препараты назначаются при лечении этого заболевания** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Антикоагулянтные препараты
2. Антибиотики
3. Диуретики
4. Гормональные препараты
5. Антиаритмические препараты

#### **Задача №91**

Больной В.56л поступил в клинику с жалобами на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи. Анамнез заболевания 2 года. При пальпации в проекции левой доли определяется узловое образование 3 x 4 см. плотной консистенции, малоподвижное. Также определяется плотное образование 1x1 см в надключичной области.

**1. На основании данных физикального обследования вы поставили предварительный диагноз?**

- А. Острый тиреоидит
- Б. Рак щитовидной железы
- В. Тиреоидит Риделя
- Г.Срединная киста шеи
- Д.Аутоиммунный тиреоидит

**2. Какой из перечисленных инструментальных методов наиболее информативен в постановке окончательного диагноза?**

- А. Сцинтиграфия щитовидной железы
- Б. Непрямая ларингоскопия
- В. Тонкоигольная аспирационная биопсия
- Г. УЗИ + тонкоигольная аспирационная биопсия
- Д. Термография

**3. Вы поставили правильный диагноз. Какое лечение необходимо пациенту?**

- А. Тиреоидэктомия, лимфаденэктомия, лучевая терапия в послеоперационном периоде
- Б. Симптоматическая терапия
- В. Гемитериодэктомия с удалением перешейка
- Г. Лучевая терапия
- Д. Субтотальная резекция доли щитовидной железы.

**4. Для синдрома Горнера характерно**

- А. Экзофтальм, миоз, птоз
- Б. Энофтальм, мидриаз, птоз
- В. Птоз, миоз, энофтальм
- Г. Миоз,энофтальм, выбухание вен шеи
- Д. Птоз миоз,энофтальм ,выбухание вен шеи

**Задача №92**

Больная 25 л, обратилась в клинику с жалобами на боли в области шеи, иррадиирующие в затылочную область и ухо, повышение температуры до 39, припухлость, гиперемия на передней поверхности шеи. Из анамнеза известно, что заболела остро. При осмотре щитовидная железа увеличена в размерах, резко болезненна на передней поверхности шеи гиперемия.

**1. На основании данных физикального обследования о каком заболевании идет речь:**

- А. Эндемичный зоб
- Б. Острый тиреоидит
- В. Тиреоидит де Кервена
- Г. Киста щитовидной железы
- Д. Диффузно-токсический зоб

**2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза**

- А. Общий и биохимический анализ крови
- Б. Общий анализ крови, анализ на тиреоидные гормоны, УЗИ щитовидной железы
- В. УЗИ щитовидной железы и тонкоигольную аспирационную биопсию
- Г. Общий анализ крови и непрямую ларингоскопию
- Д. Анализ крови на тиреоидные гормоны, термографию.

**3. Вы поставили правильный диагноз, какой метод лечения необходим в данном наблюдении**

- А. Тиреоидэктомия
- Б. Субтотальная резекция щитовидной железы
- В. Антибиотикотерапия, тироксин
- Г. Антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, тироксин
- Д. Радиойод терапия

**4. Какой метод лечения является выбором при фиброзном тиреоидите (зоб Риделя)**

- А. Консервативное лечение глюкокортикоидами
- Б. Антибиотикотерапия и глюкокортикоиды
- В. Субтотальная резекция Щитовидной железы и заместительная терапия
- Д. Радиойодтерапия
- Г. Нестероидные противовоспалительные препараты и тироксин.

**Задача №93**

Больной 55 лет жалуется на выделение малоизмененной крови со слизью из заднего прохода во время и помимо дефекации, чувство неполного опорожнения. Указанные жалобы появились и прогрессируют последние 2-3 месяца.

**1). С какого исследования следует начать в данном случае?**

- А. Пальцевое исследование прямой кишки
- Б. Ультразвуковое исследование
- В. Анализ кала на скрытую кровь
- Г. Ирригоскопия
- Д. Аноскопия

**2). Предполагаемый диагноз?**

- А. Полип прямой кишки
- Б. Неспецифический язвенный колит
- В. Рак прямой кишки
- Г. Анальная трещина
- Д. Болезнь Крона

**3). Наиболее вероятная гистология?**

- А. Виллезная аденома
- Б. Эпидермоидная карцинома
- В. Аденокарцинома
- Г. Гранулема
- Д. Воспаление

**4). Оптимальное лечение?**

- А. Колостомия
- Б. Лучевая терапия
- В. Химиотерапия
- Г. Экстирпация прямой кишки
- Д. Гормоны + сульфасалазин

**Задача №94**

У больной 23 лет за 12 час до поступления в клинику появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота. В последующем боли локализовались над лоном и сопровождались тенезмами и дизурическими расстройствами. Состояние больной удовлетворительное. Пульс 96 ударов в мин. Язык суховат. Живот умеренно напряжен в правой пахово-подвздошной области. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании обнаружена болезненность передней стенки прямой кишки. Температура 37,6° С, лейкоцитов в крови — 14 X 10.9/л.

**1). Ваш предварительный диагноз:**

- А) острый панкреатит;
- Б) правосторонняя почечная колика (камень в н./3 мочеточника);
- В) острый аппендицит с тазовым расположением червеобразного отростка;
- Г) перфоративная язва 12 п.к.;
- Д) мезентеральный тромбоз.

**2). Наиболее характерные признаки при этом заболевании:**

1. тенезмы;
2. тошнота и рвота;
3. дизурические расстройства;
4. напряжение мышц передней брюшной стенки;
5. болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) 1, 2, 3; Б) 1, 2, 4; В) 1, 3, 5; Г) 2, 4, 5; Д) 1, 3, 5.

**3). Наиболее информативным методом исследования, уточняющим диагноз является:**

- А). ультразвуковое исследование (УЗИ);
- Б). экскреторная урография ;
- В). ангиография;
- Г). лапароскопия;

Д). Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

**4). Особенность операции при данном варианте течения заболевания:**

1. местная анестезия;
2. срединная лапаротомия;
3. разрез Волковича-Дьяконова с рассечением влагалища прямых мышц живота;
4. общее обезболивание;
5. разрез Леннандера.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1, 3; Б) 2, 4; В) 1, 5; Г) 3, 4, Д) 4, 5.

**Задача №95**

У больного 58 лет 59 часов назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Была тошнота и однократная рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли стихли. На 2-е сутки боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Эйфоричен. Пульс 128 ударов в мин, АД 95/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен во всех отделах и болезненный, но больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина — Блюмберга определяется во всех отделах. Температура 37,2°C. Лейкоцитов в крови—18 x 10<sup>9</sup>/л.

**1). Ваш предварительный диагноз:**

- А). острый деструктивный панкреатит осложненный перитонитом;
- Б). острый перфоративный аппендицит, разлитой перитонит;
- В). перфоративная язва желудка, разлитой перитонит;
- Г). мезентеральный тромбоз;
- Д). острый флегмонозный аппендицит, диффузный перитонит.

**2) На основании клинической картины наиболее вероятной формой и стадией перитонита будет:**

- А). местный перитонит, реактивная стадия;
- Б). местный перитонит, токсическая стадия;
- В). диффузный перитонит, токсическая стадия;
- Г). диффузный перитонит, терминальная стадия;
- Д). диффузный перитонит, реактивная стадия.

**3). Лечебные мероприятия предшествующие операции:**

1. Очистительная клизма;
2. Аспирация желудочного содержимого;
3. Активная дезинтоксикационная терапия;
4. Введение кардиотоников;
5. Массивная антибактериальная терапия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1, 2, 3; Б) 1, 2, 4; В) 1, 3, 4; Г) 2, 3, 4, 5; Д) все ответы верны.

**4). Основными этапами операции будут:**

1. Назоинтестициальная интубация;
2. Удаление источника перитонита;
3. Тщательное очищение и промывание брюшной полости;
4. Дренирование брюшной полости;

5. Новокаиновая блокада корня брыжейки.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1, 2, 3; Б) 1, 2, 4; В) 1, 3, 4; Г) 2, 3, 4, 5; Д) все ответы верны.

### Задача №96

Больной К.40 лет при поступлении в клинику жалоб не предъявлял. При плановой флюорографии 2 недели назад в верхней доле левого легкого выявлено округлое периферическое образование 1,5 x 1,5 см в диаметре, однородное. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.

**1.Вероятный диагноз?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1.Периферический рак легкого.
2. Абсцесс легкого.
3. Доброкачественная опухоль легкого.
- 4.Киста легкого.
- 5.Эхинококкоз легкого

**2.Наиболее информативные методы для установления диагноза?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

- 1.Бронхоскопия.
- 2.Компьютерная томография легких.
- 3.Исследование мокроты.
- 4.Трансторакальная аспирационная биопсия.
- 5.Бронхография.

**3. Какие рентгенологические признаки характерны для доброкачественных опухолей легкого?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Неровные, размытые контуры
2. Отсутствие динамики размеров образования за год при динамическом рентгенологическом исследовании легких.
3. Полициклические контуры образования.
4. Округлая форма, ровные контуры образования.
5. Наличие дорожки к корню легкого.

**4. Какие рентгенологические признаки характерны для злокачественных опухолей легкого?** (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)

1. Неровные, размытые контуры
- 2.Наличие дорожки к корню легкого.
3. Полициклические контуры образования.
4. Округлая форма, ровные контуры образования.
5. Отсутствие динамики размеров образования за год при рентгенологическом контроле.

### Задача №97

У больного 68 лет, с двумя инфарктами миокарда в анамнезе, 3 дня назад был приступ резких болей в правом подреберье, который быстро самостоятельно

купировался. Через 10 часов вновь появились боли в правом подреберье, принявшие постоянный и нарастающий характер. Была повторная рвота желчью. Температура повысилась до 38 градусов. Ранее при УЗИ были выявлены плотные включения в желчном пузыре. Состояние больного средней тяжести, пульс 98 уд. в мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно напряжен и болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Симптомы Ортнера и Мюсси положительны, симптом Щеткина — Блюмберга положителен только в правом подреберье.

**1). Для желчной колики характерно:**

1. Интенсивная боль в правом подреберье.
2. Иррадиация болей в правую лопатку.
3. Симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье.
4. Симптом Ортнера.
5. Высокая температура.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) 1, 2, 4 ; Б) 1, 3, 4; В) 1, 2, 5; Г) 4, 5; Д) 1, 3, 5 .

**2). Наиболее вероятным диагнозом у данного больного является:**

- А) острый холецисто-панкреатит;
- Б) острый катаральный холецистит;
- В) острый деструктивный холецистит;
- Г) эмпиема желчного пузыря;
- Д) острый холангит.

**3). Оптимальным методом диагностики данного заболевания является:**

- А) компьютерная томография брюшной полости;
- Б) РПХГ;
- В) ультразвуковое исследование (УЗИ);
- Г) внутривенная холецистохолангиография;
- Д) лапароскопия.

**4). Ваша оптимальная лечебная тактика:**

- А) консервативная терапия;
- Б) экстренная холецистэктомия;
- В) чрескожная холецистостомия под контролем УЗИ;
- Г) эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ);
- Д) холецистэктомия в плановом порядке.

**Задача №98**

Больная 48 лет поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры до 38°C. Состояние больной средней тяжести, число дыханий - 28 в минуту, пульс 110 уд. в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяется симптом Щеткина — Блюмберга, положительны симптомы Ортнера, Мэрфи, Мюсси. Лейкоцитоз— $18 \times 10^9/\text{л}$ . На фоне консервативной терапии в течение 12 часов состояние больной не улучшилось, повысилась температура, возрос лейкоцитоз.

**1). Ваш предварительный диагноз:**

- А) острый очаговый панкреатит;

- Б) острый катаральный холецистит;
- В) перфоративная язва 12 п.к.
- Г) острый флегмонозный холецистит;
- Д) острый прободной холецистит.

**2). Наиболее характерные признаки при этом заболевании:**

1. Рвота желчью;
2. Боли в правом подреберье;
3. Пальпируемое дно желчного пузыря;
4. Мышечный дефанс в правом подреберье;
5. Симптом Ортнера.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) 1, 2, 3 ; Б) 1, 3, 5; В) 1, 2, 5; Г) 2, 4, 5; Д) 1, 3, 5 .

**3). Оптимальным методом диагностики данного заболевания является:**

- А) компьютерная томография брюшной полости;
- Б) РПХГ;
- В) ультразвуковое исследование (УЗИ);
- Г) внутривенная холецистохолангиография;
- Д) лапароскопия.

**4). Ваша тактика лечения у данной больной:**

- А) экстренная операция;
- Б) массивная антибиотикотерапия;
- В) чрескожная санация желчного пузыря;
- Г) комплексная инфузионная терапия;
- Д) спазмолитическая терапия.

**Задача №99**

Женщина 40 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе, обильную повторную рвоту с примесью желчи. Боли появились постепенно, три дня тому назад. Из анамнеза известно, что перенесла холецистэктомию 5 лет назад по поводу острого калькулезного холецистита. Состояние больной средней тяжести. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот асимметричен, болезненный при пальпации, симптомов раздражения брюшины нет, определяется “шум плеска”.

**1). Какой наиболее вероятный диагноз?**

- А. Спаечная обтурационная кишечная непроходимость
- Б. Спаечная странгуляционная кишечная непроходимость
- В. Опухолевая обтурационная непроходимость
- Г. Желчнокаменная непроходимость
- Д. Мезентериальный тромбоз

**2). Появление “шума плеска” при данном заболевании объясняется:**

- А. Наличием выпота в брюшной полости
- Б. Наличием выпота и свободного газа в брюшной полости
- В. Скоплением жидкости в отводящей петле кишки
- Г. Скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишки
- Д. Скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишки

**3). Какой метод исследования следует применить для подтверждения диагноза?**

- А. Исследование пассажа введенного per os бария по кишке

- Б. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
- В. УЗИ органов брюшной полости
- Г. Экстренная ирригоскопия
- Д. Экстренная колоноскопия

**4). Какие экстренные лечебные мероприятия необходимо выполнить?**

1. Назначить стимуляцию кишечника
2. Сифонная клизма
3. Зондирование желудка с аспирацией содержимого
4. Внутривенная инфузионная терапия
5. Введение спазмолитиков

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А). 3, 4, 5 Б). 1 В). 2, 3, 5 Г). 2,3, 4, 5 Д). 3, 4

**Задача №100**

Больной М. 46 лет, длительно страдает язвенной болезнью желудка. В течение последних двух недель стал отмечать боли в эпигастральной области через 15-20 минут после приема пищи. Сегодня утром отметил выраженную слабость и обильный черный жидкий стул. При осмотре: Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, отмечается “липкий пот”, тахикардия до 100 в минуту, АД снизилось до 90\50 мм.рт.ст.

**1. Наиболее вероятный диагноз?**

- А. кровотечение из язвы желудка;
- Б. перфорация язвы желудка;
- В. геморроидальное кровотечение;
- Г. острый панкреатит;
- Д. мезентериальный тромбоз.

**2. Клинические симптомы характерные для этого заболевания (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)**

1. мелена;
2. рвота “кофейной гущей”;
3. исчезновение болевого синдрома;
4. “доскообразный живот”;
5. выделение алой крови при дефекации.

**3. Необходимые диагностические мероприятия при поступлении в стационар (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)**

1. установка назогастрального зонда;
2. анализ крови на НВ и НТ;
3. экстренная ЭГДС;
4. УЗИ;
5. компьютерная томография органов брюшной полости.

**4. Лечебные мероприятия, которые проводятся при данном заболевании? (выберите правильную комбинацию ответов: А-если верно 1,2,3; Б-если верно 1,3; В-если верно 2,4; Г-если верно 4; Д-все верно)**

- 1-массивная антисекреторная терапия;
- 2- срочная операция;
- 3- ЭГДС;
- 4- антибиотикотерапия;
- 5-установка зонда Блекмора.

**Ответы:**

1. 1)Г 2) Б 3) В 4) В
2. 1)В 2) А 3) Б 4) В
3. 1)Б 2) В 3) Г 4) А
4. 1)Б 2) А 3) А 4) В
5. 1)Г 2) Б 3) Г 4) Д
6. 1)В 2) Б 3) А 4) Б
7. 1)Г 2) А 3) В 4) А
8. 1)Г 2) А 3) Б 4) Б
9. 1)Г 2) В 3) Б 4) В
10. 1)Г 2) Б 3) Г 4) В
11. 1)А 2) А 3) Д 4) А
12. 1)А 2) В 3) А 4) А
13. 1)В 2) Д 3) В 4) А
14. 1)А 2) В 3) В 4) В
15. 1)Д 2) А 3) Г 4) А
16. 1)Б 2) В 3) Б 4) В
17. 1)А 2) А 3) А 4) А
18. 1)В 2) Д 3) А 4) Г
19. 1)А 2) Г 3) В 4) А
20. 1)В 2) А 3) Г 4) В
21. 1)А 2) А 3) Д 4) А
22. 1)Д 2) А 3) Д 4) В
23. 1)В 2) А 3) Г 4) А
24. 1)А 2) А 3) Д 4) Д
25. 1)Г 2) В 3) В 4) В
26. 1) А 2) Г 3) Г 4) Б
27. 1) В 2) А 3) Г 4) В
28. 1) Б 2) А 3) Д 4) В
29. 1) Б 2) В 3) Г 4) Б
30. 1) Г 2) А 3) В 4) Г
31. 1) Б 2) А 3) В 4) В
32. 1) Б 2) В 3) В 4) А
33. 1) Г 2) Б 3) В 4) В
34. 1) Д 2) Г 3) А 4) А
35. 1) А 2) Б 3) А 4) Б
36. 1) В 2) Д 3) Д 4) В
37. 1) А 2) В 3) В 4) Г
38. 1) Б 2) Д 3) Д 4) А
39. 1) Д 2) А 3) А 4) А
40. 1) Г 2) А 3) В 4) А
41. 1) Г 2) А 3) Б 4) А
42. 1) А 2) А 3) Б 4) Б
43. 1) А 2) Д 3) Б 4) А
44. 1) Д 2) В 3) А 4) Д
45. 1) Б 2) В 3) Д 4) Д
46. 1) Г 2) А 3) А 4) А
47. 1) В 2) Д 3) В 4) В
48. 1) А 2) А 3) А 4) А
49. 1) В 2) Б 3) А 4) А
50. 1) Г 2) Б 3) Б 4) В
51. 1) В 2) Д 3) Г 4) В

- 52. 1)Г, 2)А, 3)В, 4)А
- 53. 1)А, 2)Г, 3)Д, 4)Б
- 54. 1)Г, 2)Д, 3)Д, 4)А
- 55. 1)Б, 2)А, 3)Д, 4)А
- 56. 1)Д, 2)А, 3)А, 4)А
- 57.1)В, 2)Б, 3)Г, 4)А
- 58. 1)В, 2)Д, 3)Б, 4)Г
- 59. 1)Б, 2)Г, 3)Г, 4)В
- 60.1)Б, 2)А, 3)В, 4)В
- 61.1)В, 2)Д, 3)Д, 4)В
- 62.1)Г, 2)А, 3)В, 4)В
- 63.1)Г, 2)А, 3)Г, 4)В
- 64.1)Г, 2)Б, 3)Г, 4)В
- 65.1)В, 2)Д, 3)А, 4)А
- 66.1)Б, 2)Г, 3)Д, 4)Б
- 67.1)А, 2)А, 3)Д, 4)А
- 68.1)Г, 2)А, 3)В, 4)А
- 69.1)Б, 2)В, 3)Б, 4)В
- 70.1)Г, 2)Б, 3)Г, 4)Д
- 71.1)Б, 2)В, 3)Г, 4)А
- 72.1)В, 2)Б, 3)А, 4)Б
- 73.1)Г, 2)В, 3)Б, 4)В
- 74.1)Г, 2)Б, 3)В, 4)В
- 75.1)В, 2)Д, 3)В, 4)Г
- 76. 1)В, 2)Г, 3)Г, 4)Г
- 77. 1)Д, 2)В, 3)Г, 4)Г
- 78. 1)Г, 2)В, 3)Г, 4)Б
- 79. 1)Д, 2)А, 3)Г, 4)А
- 80. 1)В, 2)А, 3)Д, 4)Д
- 81.1)Д, 2)А, 3)А, 4)Б
- 82. 1)А, 2)Г, 3)А, 4)В
- 83. 1)А, 2)Б, 3)В, 4)А
- 84. 1)А, 2)А, 3)Д, 4)Б
- 85.1)Г, 2)А, 3)Б, 4)Б
- 86.1)В, 2)Г, 3)А, 4)Г
- 87.1)Г, 2)Б, 3)В, 4)В
- 88.1)В, 2)Д, 3)Г, 4)В
- 89.1)Б, 2)А, 3)Г, 4)В
- 90.1)В, 2)Б, 3)Б, 4)В
- 91.1)Б, 2)Г, 3)А, 4)В
- 92.1)Б, 2)Б, 3)Г, 4)В
- 93.1)А, 2)В, 3)В, 4)Г
- 94.1)В, 2)В, 3)Г, 4)Г
- 95.1)Б, 2)В, 3)Г, 4)Д
- 96.1)Б, 2)В, 3)В, 4)А
- 97.1)А, 2)В, 3)В, 4)В
- 98.1)Г, 2)Г, 3)В, 4)А
- 99.1)А, 2)Д, 3)Б, 4)А
- 100.1)А, 2)А, 3)А, 4)А