

**КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ  
ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ  
БОЛЕЗНЯМ**

Публикуется с разрешения правообладателя —  
Литературного агентства «Научная книга»

*Т. Д. Селезнева*

Данное издание предназначено для подготовки студентов медицинских ВУЗ-ов к сдаче экзаменов. Книга содержит курс лекций по хирургическим болезням. Студентам предлагается узнать о заболеваниях пищевода, желудка, толстого кишечника, прямой кишки, о грыже, аппендиците и многом другом. Книга будет незаменимым помощником для тех, кто желает быстро подготовиться к экзамену и успешно его сдать.

---

---

## ЛЕКЦИЯ № 1. Заболевания пищевода

---

---

**Краткие анатомо-физиологические характеристики.** Различают три отдела пищевода — шейный, грудной и брюшной. Общая длина его в среднем равна 25 см. Пищевод фиксирован лишь в шейном отделе и в области диафрагмы, остальные его отделы довольно подвижны как в вертикальном, так и в боковых направлениях. Он имеет три сужения: в начальном отделе, на уровне бифуркации трахеи и при переходе через диафрагму. Кровоснабжение шейного отдела пищевода осуществляется ветвями нижних щитовидных артерий, в средней трети — из бронхиальных и непарных, идущих непосредственно из аорты, мелких пищеводных артерий и внизу — из пищеводных ветвей левой желудочной артерии и диафрагмальных артерий. В области пищевода имеются венозные анастомозы между воротной веной печени и верхней полой веной. Физиологическая функция пищевода складывается главным образом из произвольного и непроизвольного актов.

**Методы исследования.** Кроме общепринятых клинических методов, при патологии пищевода применяют специальные методы исследования: рентгеноскопию, рентгенографию, рентгенокимографию, эзофагоскопию, пневмомедиастенографию.

Для получения исчерпывающих данных, касающихся пищевода, **рентгенологическое исследование** целесообразно проводить в следующем порядке:

- 1) обзорная рентгеноскопия области шеи, органов грудной клетки и брюшной полости;
- 2) исследование с 1—2 глотками жидкой бариевой взвеси области кардии и рельефа слизистой оболочки желудка;
- 3) исследование глотки и пищевода с жидкой бариевой взвесью;
- 4) исследование «пневморельефа» — двойное контрастирование пищевода;
- 5) исследование контуров перистальтики стенок пищевода с густой бариевой взвесью;
- 6) исследование рельефа слизистой оболочки пищевода.

При **эзофагоскопии** можно осмотреть всю слизистую пищевода, а также кардиальный и субкардиальный отделы желудка, уста-

новить источник кровотечения, наличие дивертикулов, опухоли, взять участок опухоли для биопсии, с помощью фотоаппарата-насадки можно получить черно-белые и цветные фотографии.

#### **Классификация заболеваний пищевода.**

1. Пороки развития. К ним относятся атрезия, врожденное сужение, врожденное идиопатическое расширение, кардиальная недостаточность (или халазия), удвоение пищевода, неопущение желудка.

2. Инородные тела пищевода.

3. Функциональные заболевания пищевода (ахалазия пищевода, кардиоспазм, дискинезия пищевода — эзофагоспазм).

4. Дивертикулы пищевода.

5. Ожоги пищевода.

6. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода.

7. Рак пищевода.

В подавляющем большинстве наблюдений пороки развития проявляются и диагностируются в детском возрасте, и поэтому они являются уделом детских хирургов.

### ***1. Функциональные заболевания***

Функциональные заболевания пищевода по патофизиологическому субстрату включают разнообразные поражения пищевода и его сфинктерных механизмов и проявляются своеобразной клинической и рентгенологической картиной. Общий клинический симптом данных заболеваний пищевода — дисфагия.

При кардиоспазме в момент глотания и расслабления пищеводной трубки выпадает важная функция раскрытия кардии.

Кардиоспазм разделяют на три стадии: первая — непостоянный спазм кардии, вторая — гипертоническая и третья — атоническая. При многолетнем течении кардиоспазм не склонен переходить в рубцовый стеноз кардии, если болезнь не осложняется химическими или термическими повреждениями (алкоголь, острые, соленые, кислые блюда, горячая пища и др.), а также значительными надрывами стенки пищевода при кардиодилатации.

Эту категорию больных лечат при помощи металлического кардиодилататора типа Штарка или пневматического дилататора. Лечение кардиоспазма с помощью кардиодилататора дает удовлетворительные отдаленные результаты, но требует повторных подкрепляющих сеансов.

Предложен ряд способов оперативного лечения кардиоспазма: кардиогастропластика, кардиоментопластика и др. Наибольшее распространение получила операция Б. В. Петровского — пластика кардии лоскутом диафрагмы на ножке.

## ***2. Дивертикулы пищевода***

Ограниченное расширение просвета пищевода в виде мешковидного выпячивания его стенки.

В основе классификации дивертикулов лежат их локализация и механизм возникновения.

В ранней стадии образования дивертикула характерных симптомов не наблюдается. Затем по мере увеличения дивертикула (II—III стадия) появляется характерная клиническая картина: вследствие быстрого заполнения дивертикула пищей сдавливается пищевод и наступает дисфагия. Чтобы проглотить пищу, больные давят на шею, наклоняют голову в разные стороны, делают рвотные движения и т. д. Когда мешок опорожняется, наступает заметное улучшение, больной снова может проглотить пищу. Однако часть пищи остается в дивертикуле, застаивается и разлагается, изо рта появляется зловонный запах, наблюдаются диспепсические явления.

**Диагноз** дивертикула ставят на основании клинической картины и главным образом рентгенологического исследования. Дополнительные данные дает эзофагоскопия. Радикальный метод лечения дивертикулов — хирургический. Операции подлежат дивертикулы II и III стадии и особенно осложненные.

## ***3. Инородные тела***

Чаще всего инородные тела попадают в пищевод случайно, при поспешной еде. В подавляющем большинстве это различные кости, зубные протезы и другие предметы.

**Клиническая картина** заболевания зависит от величины, формы и характера инородного тела, от уровня его нахождения и длительности пребывания в пищеводе, степени повреждения пищевода.

Наиболее простым, доступным и совершенно безопасным диагностическим методом является рентгенологическое исследование пищевода — бесконтрастная рентгенография и исследование с контрастированием.

Там, где возможно, применяют эзофагоскопию, во время которой через эзофагоскоп можно удалить инородное тело из пищевода.

При безрезультатных попытках удаления инородного тела через эзофагоскоп необходимо применять эзофаготомию.

#### ***4. Ожоги пищеварительного тракта***

Ожоги пищеварительного тракта кислотами и щелочами являются тяжелой патологией, о чем свидетельствует высокая летальность (10—20%). В результате приема внутрь едких веществ поражаются не только пищевод и желудок, но и нарушаются функция и структура печени, почек, надпочечников и других органов вследствие нейротрофических расстройств и интоксикации за счет резорбции яда, всасывания продуктов распада тканей, присоединения гнойной инфекции.

В клиническом течении ожогов выделяют три периода: острый, малосимптомный (восстановительный) и период исходов.

Острый период, как правило, в течение 10 дней проявляется выраженным болевым синдромом, дисфагией, токсемией, повышенной температурой, расстройствами функций внутренних органов.

Малосимптомный (восстановительный) период наступает после ликвидации острого болевого синдрома и уменьшения дисфагических расстройств к концу 2—3-й недели с момента ожога. Но это период мнимого восстановления.

Период исходов характеризуется развитием стойких последствий ожога и отравления в виде рубцовых сужений пищевода, постнекротического цирроза печени, хронического эзофагита, медиастинита, хронической пневмонии, обострения туберкулезного процесса, стойких функциональных расстройств внутренних органов.

Бытовые ожоги глотки и пищевода различными химическими веществами встречаются довольно часто. Отравления кислотами и щелочами бывают как у детей, так и у взрослых. Больные нуждаются в неотложной медицинской помощи и соответствующем лечении.

Для этого в первые часы после отравления желудок обильно промывают теплой водой (5—8 л).

При отравлении кислотами (уксусной, соляной, серной и др.) для нейтрализации можно применять 2%-ный раствор обычной

пищевой соды, жженую магнезию. При отравлении щелочами (едким натром, каустической содой) — раствор столового уксуса, разведенного наполовину водой, 1%-ный раствор лимонной кислоты.

В течение нескольких дней (3—4) следует назначать наркотические препараты. При нарушении сердечной деятельности вводят кофеин, кордиамин.

Не рекомендуется вызывать рвотный рефлекс, а если он появляется, его необходимо подавить. На область желудка кладут пузырь со льдом.

Лечебные мероприятия проводят с учетом тяжести отравления и общего состояния больного.

Для борьбы с обезвоживанием организма и для сохранения белкового баланса внутривенно вводят 5%-ный раствор глюкозы на изотоническом растворе NaCl (2—3 л), полиглюкин, кровь, плазму, кровезаменители. Больному назначают полноценную диету, богатую витаминами. Рекомендуют сливочное масло, рыбий жир, молоко, сливки, сырые яйца, оливковое масло.

Для того чтобы предупредить развитие вторичной инфекции в полости рта, глотки и пищевода, назначают большие дозы антибиотиков. Необходим уход за полостью рта и глоткой, для чего при отравлениях кислотами назначают щелочные полоскания, при отравлениях щелочами — 2%-ный раствор борной кислоты.

После того как общие явления интоксикации проходят, и острый воспалительный процесс стихает, продолжают дальнейшее лечение. В более легких случаях ожогов бужирование пищевода или дренирование его просвета трубками целесообразно начинать на 4—6-й, в тяжелых — на 8—10-й день.

При наступлении сужения пищевода больных необходимо оперировать. Прежде чем приступить к операции, хирург обязан знать, какая часть пищевода поражена, на каком протяжении наступило рубцовое сужение и нет ли поражения желудка, так как от этого зависит выбор оперативного вмешательства.

Успех операции образования искусственного пищевода зависит не только от локализации и протяжения рубцового сужения, но и от анатомических особенностей сосудов, питающих отрезок кишки, из которой образуется искусственный пищевод.

Образование искусственного пищевода является многоэтапной операцией и состоит из следующих моментов:

- 1) образования желудочного свища для временного питания больного;

- 2) мобилизации и проведения кишки к шейной части пищевода;
- 3) соединения подведенной кишки с пищеводом;
- 4) образования анастомоза между желудком и кишкой с одновременным закрытием желудочного свища.

## **5. Рак пищевода**

Пищевод относится к органам, весьма часто поражаемым раком, поэтому проблема рака пищевода находится в центре внимания отечественных хирургов.

Один из наиболее ранних и главных симптомов рака пищевода — дисфагия (нарушение глотания). Она связана с направлением роста опухоли: при экзофитном росте опухоли дисфагия появляется сравнительно быстрее, чем при эндофитном. При собирании анамнеза обращает на себя внимание тот факт, что появившееся расстройство глотания медленно, но неуклонно прогрессирует.

В начале заболевания у большинства больных общее состояние остается удовлетворительным, хотя у некоторых к моменту появления дисфагии обнаруживается потеря веса.

К другим первичным местным симптомам рака пищевода относятся боль и неприятные ощущения, возникающие за грудиной при проглатывании пищи. Это объясняется травмированием воспаленной стенки пищевода около опухоли и спазмом. К ранним местным признакам относят также чувство полноты за грудиной при глотании горячей пищи.

При прорастании и сдавлении опухолью возвратного нерва появляется охриплость голоса, свидетельствующая о запущенной стадии рака и локализации его в верхнем отделе пищевода. Общий симптом рака пищевода различных локализаций — истощение и прогрессирующее похудание.

В поздних стадиях развития опухоли, особенно при наличии метастазов, в крови отмечаются выраженная анемия, лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также токсическая зернистость нейтрофилов.

В ранней **диагностике** рака пищевода решающее место принадлежит рентгенологическому исследованию. Наличие спазма на определенном участке пищевода заставляет подозревать наличие патологического процесса и обязывает к повторным рентгенологическим исследованиям.



По данным рентгенологического исследования можно судить о протяженности поражения и локализации опухоли по отношению к стенкам пищевода. При неясных случаях показано тщательное эзофагоскопическое исследование.

Общепризнанным методом хирургического лечения рака пищевода является широко применяемая в хирургии резекция пищевода.

**Противопоказания** к радикальному хирургическому лечению рака пищевода:

- 1) отдаленные метастазы в шейные и надключичные лимфатические узлы;
- 2) вовлечение в раковый процесс бронха, возвратного и диафрагмального нервов, ствола симпатического нерва;
- 3) декомпенсация сердечно-сосудистой деятельности в связи с органическими заболеваниями сердца и гипертонической болезнью.

Для доступа к кардиальному отделу желудка и нижнему отделу пищевода в настоящее время применяют следующие способы: плевральный, чресплеврально-брюшинный, брюшинный, чрезбрюшинно-плевральный. Если опухоль распространилась на дно желудка, для обходного анастомоза используют петлю тонкой кишки.

---

---

## ЛЕКЦИЯ № 2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки

---

---

**Анатомо-физиологические особенности.** Желудок (*ventriculus*) располагается в эпигастральной области, преимущественно в левом подреберье. Его вместимость составляет 1,5—2,5 л.

Функции желудка многогранны, важнейшая из них — пищеварение. Механическая, химическая и ферментативная обработка пищи в желудке имеет очень важное физиологическое значение для всего пищеварительного процесса.

Желудок участвует в водно-солевом обмене, кроветворении, обладает способностью автономного действия, тесно связан с центральной и вегетативной нервной системой, эндокринными железами и имеет сложное строение, включая железистый и мышечный аппарат, приборы всасывания, сосудистые и нервные образования.

Желудок состоит из следующих отделов: кардиального, дна, тела, антрального отдела и привратника. Стенка желудка состоит из серозной, мышечной, подслизистой и слизистой оболочек. Серозная оболочка, переходя на соседние органы, образует связочный аппарат желудка.

В области тела и дна желудка расположена основная масса главных и обкладочных клеток, вырабатывающих соляную кислоту и пепсин.

В антральном отделе находятся пилорические железы, вырабатывающие слизь, и, кроме того, в клетках антрума продуцируется гормон — гастрин.

Кровоснабжение желудка осуществляется ветвями чревного ствола: левой желудочной, печеночной и селезеночной артериями. Вся венозная кровь из желудка оттекает в систему *v. portae*, где вены соседствуют с одноименными артериями.

Желудок иннервируется симпатическими и парасимпатическими волокнами, которые образуют внежелудочные нервы и интрамуральные сплетения.

В зависимости от направления тока лимфы поверхность желудка делят на территории, связанные с лимфоузлами, которые расположены вдоль питающих желудок сосудов:

- 1) территория венечной артерии;
- 2) территория селезеночной артерии;
- 3) территория печеночной артерии.

### ***1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки***

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — одна из основных проблем гастроэнтерологии.

При обследовании данных больных необходимы: тщательно собранный анамнез, исследование фаз желудочной секреции, рН-метрия, определение моторики желудка, рентгеноскопия, фиброгастроскопия, фибродуоденоскопия.

По локализации наблюдаются язвы двенадцатиперстной кишки, пилороантрального отдела желудка, язвы малой кривизны желудка, кардиального отдела желудка, других локализаций (большой кривизны желудка, пищевода, тонкой кишки), пепсическая язва анастомоза и тонкой кишки.

По характеру желудочной секреции встречаются язвы с пониженной секрецией в обеих фазах (нейрорефлекторной и нейрогуморальной, или антральной), с нормальной секрецией в обеих фазах, с нормальной секрецией в первой фазе и повышенной во второй, с повышенной секрецией в первой фазе и нормальной во второй, с повышенной секрецией в обеих ее фазах.

По течению заболевания язвы бывают неосложненные и осложненные. Последние сопровождаются усиленными пролиферативно-склеротическими процессами со стороны соединительной ткани (каллезные язвы), пенетрацией, перфорацией, кровотечением, малигнизацией, стенозированием привратника и деформациями желудка с нарушением эвакуации.

**Лечение** осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки оперативное. Различают абсолютные и относительные показания к оперативному лечению данного заболевания.

К абсолютным показаниям относятся перфорация (прободение) язвы, неостанавливаемое кровотечение, органический сте-

ноз привратника с нарушением эвакуации из желудка, подозрение на превращение язвы желудка в рак.

Относительные показания — каллезные язвы с пенетрацией, не имеющие тенденции к заживлению, повторно кровоточащие язвы, язвенная болезнь, сопровождающаяся резким ограничением или потерей трудоспособности, отсутствие эффекта терапевтического лечения в течение 3—5 лет, пилорические язвы, язвы большой кривизны и задней стенки, кардиального отдела желудка, как наиболее часто малигнизирующиеся.

В настоящее время при хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки применяются три метода операций — гастроэнтеростомия, резекция желудка и ваготомия.

**Гастроэнтеростомия** (наложение желудочно-кишечного соустья). Сущность данной операции заключается в создании сообщения между желудком и тощей кишкой для прохождения пищи из желудка в тонкую кишку, минуя привратник и двенадцатиперстную кишку.

Из существующих методов гастроэнтеростомии в настоящее время применяют переднюю впередиободочную и заднюю позадиободочную гастроэнтеростомию.

При первой операции тонкая кишка подводится к желудку впереди поперечно-ободочной кишки и подшивается к передней стенке желудка.

Во избежание «порочного круга» между приводящей и отводящей петлями тонкой кишки накладывается межкишечный анастомоз по Брауну. При второй операции тонкую кишку подшивают позади поперечно-ободочной кишки к задней стенке желудка.

Показанием к наложению гастроэнтероанастомоза при язвенной болезни является рубцовое сужение привратника при наличии противопоказаний к резекции желудка из-за плохого общего состояния больного.

**Резекция желудка.** Состоит в удалении части желудка. По объему удаляемой части желудка различают резекцию одной трети, половины и двух третей. Удаление всего желудка, за исключением кардиального его отдела и свода, называют субтотальной резекцией, а полное удаление желудка вместе с кардией и привратником — тотальной резекцией или гастрэктомией. Су-

ществуют два основных способа операции: по Бильроту-1 (В1) и по Бильроту-Н (В2).

**Ваготомия.** В ряде клиник при хирургическом лечении язвенной болезни наряду с резекцией желудка применяют операции на блуждающих нервах в сочетании с антрумэктомией и дренирующими операциями. Цель таких операций — сохранить весь или почти весь желудочный резервуар без рецидива язвы, снизив повышенную секрецию соляной кислоты.

Выделяются пять видов ваготомий:

- 1) двусторонняя стволовая;
- 2) передняя стволовая, задняя селективная;
- 3) передняя селективная, задняя стволовая;
- 4) двусторонняя селективная;
- 5) проксимальная селективная, или селективная ваготомия обкладочных клеток.

Применяется также ваготомия с дренирующими операциями — гастроэнтеростомией, пилоропластикой, гастродуоденостомией и др.

## **2. Стеноз привратника**

Под стенозом привратника следует понимать патологическое изменение в пилорическом отделе желудка, которое вызывает сужение его просвета и нарушает нормальное опорожнение желудка от его содержимого.

Наибольшее клиническое значение имеет рубцовый стеноз привратника или сужение начальной части двенадцатиперстной кишки, при котором нарушается эвакуация содержимого из желудка. Стойкое сужение привратника развивается обычно после многолетней язвенной болезни.

В течение язвенного стеноза различают три стадии: компенсированную (или относительную), субкомпенсированную и декомпенсированную.

**В компенсированной стадии** пилоростеноз не проявляется сколько-нибудь выраженными клиническими признаками. Общее состояние таких больных обычно страдает мало. Они отмечают чувство тяжести и полноты в подложечной области, преимущественно после обильного приема пищи. У некоторых больных бывают отрыжки кислым, а иногда и рвота. При иссле-

довании желудочного содержимого обнаруживается гиперсекреция. В этой стадии диагностика пилоростеноза сложна. При рентгенологическом исследовании желудок представляется гипертоничным, эвакуация контрастной массы протекает своевременно.

**В стадии субкомпенсации** чувство тяжести и полноты в желудке усиливается. Приступообразные боли, связанные с усиленной перистальтикой желудка, становятся более резкими. Появляются неприятные отрыжки с запахом «тухлых яиц» вследствие длительной задержки пищи в желудке. Временами бывает обильная рвота, приносящая облегчение, поэтому больные стараются вызвать ее сами. При объективном исследовании у большинства больных обнаруживается натощак «шум плеска» в желудке и видимая перистальтика. Для этой стадии характерны общая слабость, быстрая утомляемость, исхудание, пониженная усвояемость пищи, рвота, нарушение водно-солевого обмена. Рентгенологически отмечается выраженное замедление эвакуации контрастной массы, спустя 6—12 ч остатки ее еще находятся в желудке, однако через 24 ч их уже обычно не обнаруживается.

**При декомпенсированном пилоростенозе** гипертрофированные мышцы желудка уже не в силах полностью опорожнить его, особенно при обильном приеме пищи. Она застаивается на более продолжительный срок и подвергается брожению. Желудок растягивается, наступают явления так называемой гастроэктазии. Постепенно нарастают и клинические симптомы: чувство тяжести и полноты в подложечной области становится более продолжительным, а затем почти постоянным, падает аппетит, появляются отрыжки кислым, в некоторых случаях имеющие зловонный запах. Иногда развивается мучительная жажда в связи с резко уменьшенным поступлением жидкости в кишечник. Лишь небольшое количество желудочного содержимого проходит в двенадцатиперстную кишку. Переполненный желудок начинает опорожняться путем рвот, при этом в рвотных массах содержатся остатки пищи, съеденной накануне или за несколько дней, а в далеко зашедших случаях — даже за неделю и дольше.

У одних больных в результате недостаточного поступления в кишечник пищевых масс и воды развиваются запоры, у других вследствие поступления из желудка в кишечник патологических продуктов брожения — поносы.

У больных нарушается водно-солевой обмен, снижается диурез, содержание хлоридов в крови и моче, приводящее к сгущению крови, что не соответствует истинному состоянию алиментарного истощения, исхудания и анемизации.

Нарушение почечного кровотока вызывает альбуминурию и азотемию. Наступают изменения нервно-мышечной возбудимости с симптомами акушерской руки, тризма и общих судорог (желудочная тетания).

При объективном обследовании отмечается похудание больного, сухость кожи, она легко собирается в складки. Иногда через брюшную стенку можно пропальпировать растянутый, опущенный желудок. Это состояние Боас описал как «напряжение желудка». Можно отметить временами видимую глазом и ощущаемую приложенной рукой судорожную перистальтику желудка.

**Диагноз** декомпенсированного пилоростеноза устанавливают рентгенологическим исследованием. Вследствие потери тонуса мускулатуры желудка перистальтическая функция резко снижается и, наконец, теряется. Контрастная масса, проходя сквозь обильное желудочное содержимое, падает на дно, скапливается в нижней части желудка в виде широкой чаши или полулуния с широким верхним горизонтальным уровнем, над которым видна так называемая интермедиарная зона — более или менее широкий серый слой жидкого содержимого желудка. При выраженном декомпенсированном пилоростенозе контрастную массу находят в желудке через 24 ч, а в некоторых случаях и через несколько дней, неделю и даже через больший срок.

**Лечение** декомпенсированного и субкомпенсированного пилоростенозов оперативное — резекция желудка. Предоперационная подготовка та же, что и у больных с каллезно-пенетрирующими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, с добавлением промывания желудка 2 раза в сутки (утром и вечером) кипяченой водой, подкисленной соляной кислотой. Ведение больных в послеоперационном периоде то же, что и при каллезно-пенетрирующих язвах.

**Пилороспазм.** Сущность этого процесса обусловлена длительным спазмом привратника. Для отличия пилороспазма от пилоростеноза применяют дифференциально-диагностический прием. За 3—5 дней до рентгенологического исследования

больному делают двустороннюю паранефральную блокаду 0,25%-ным раствором новокаина, подкожно 0,1%-ым раствором атропина по 1 мл 2 раза в сутки, промывание желудка. При таком диагностическом приеме явления пилороспазма снимаются.

### ***3. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки***

В **клиническом течении** прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в свободную брюшную полость И. И. Неймарк условно выделяет три периода — шока, мнимого благополучия, перитонита.

Ни при одном из всех острых заболеваний органов брюшной полости не бывает такой сильной, внезапно появляющейся боли, как при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Боль в животе нестерпимая, «кинжальная», она вызывает тяжелый абдоминальный шок. Лицо больного часто выражает испуг, покрыто холодным потом, отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых.

Положение больного всегда вынужденное, чаще всего с приведенными бедрами к ладьевидно втянутому напряженному «доскообразному» животу.

Живот не участвует или мало участвует в акте дыхания. Тип дыхания становится грудным, поверхностным, учащенным. Вместе с болью появляется и раздражение брюшины. Симптом Щеткина—Блумберга резко положительный. Боль быстро распространяется по всему животу, хотя многие больные указывают, что боль началась внезапно в верхнем отделе живота. У подавляющего большинства больных отмечаются явления пневмоперитонеума, определяемые перкуторно (исчезновение печеночной тупости — положительный симптом Спигарного) или рентгенологически.

При постановке диагноза прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки большое значение имеет язвенный анамнез, однако у некоторых больных он может отсутствовать и перфорация наступает в состоянии кажущегося полного здоровья («немые» язвы).

Прободную язву желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать от острого аппендицита, остро-



го холецистита, острого панкреатита, кишечной непроходимости и других заболеваний внебрюшинной локализации, симулирующих «острый живот» (плевропневмония, инфаркт миокарда, печеночная и почечная колика и т. д.).

Больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки при установлении диагноза необходимо срочно оперировать. В настоящее время при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки применяют две операции — резекцию желудка и ушивание прободного отверстия. В некоторых случаях проводят тотальную гастрэктомию.

**Показания к резекции желудка:**

- 1) сроки от перфорации к моменту поступления в стационар не должны превышать 6—8 ч;
- 2) наличие до перфорации язвенного анамнеза;
- 3) удовлетворительное общее состояние и отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний;
- 4) возраст больного от 25 до 59 лет;
- 5) отсутствие в брюшной полости гнойного экссудата и большого количества желудочно-дуоденального содержимого.

**Противопоказания к резекции желудка:**

- 1) явления далеко зашедшего распространенного перитонита вследствие позднего поступления;
- 2) преклонный возраст с сопутствующими явлениями сердечно-сосудистой недостаточности, пневмосклероза и эмфиземы легких.

**Показания к ушиванию язвы:**

- 1) острая безанамнезная язва с мягкими краями и без воспалительного инфильтрата;
- 2) тяжелое общее состояние вследствие распространенного острого перитонита;
- 3) юношеский возраст при перфорации простой язвы;
- 4) пожилой возраст, если нет других осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечение, опасность ракового превращения язвы).

#### ***4. Острые гастродуоденальные кровотечения***

Гастродуоденальные (желудочно-дуоденальные или желудочно-кишечные) кровотечения могут возникнуть внезапно

среди полного здоровья или сопутствовать предшествующим им заболеваниям. Это грозные, нередко смертельные осложнения ряда заболеваний.

**Клиническая картина** острых гастродуоденальных кровотечений в основном зависит от их этиологии и степени кровопотери.

Первые признаки гастродуоденальных кровотечений: общая слабость, головокружение, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, тахикардия, сердцебиение и снижение артериального давления.

В некоторых случаях может развиваться коллапс с относительно короткой потерей сознания: лицо становится бледным, кожа приобретает восковидный оттенок и покрывается холодным потом, зрачки расширяются, губы цианотичны, пульс нитевидный, частый, иногда не сосчитывается.

Одним из основных признаков гастродуоденальных кровотечений является кровавая рвота (гематемезис) типа кофейной гущи, которая сопровождает желудочные и пищеводные кровотечения и чрезвычайно редко — дуоденальные. Такая рвота чаще всего возникает через несколько часов (иногда через 1—2 дня) от начала кровотечения при переполнении желудка кровью. В некоторых случаях она может отсутствовать, и кровь выделяется из желудочно-кишечного тракта в виде дегтеобразного стула. Чаще всего это бывает при кровотечении из двенадцатиперстной кишки или при необильном кровотечении из желудка, если он успевает опорожниться от кровавого содержимого через зияющий привратник. Кровавая рвота типа кофейной гущи объясняется образованием в желудке солянокислого гематина, а дегтеобразный стул (мелена) — образованием в кишечнике сернокислого железа из гемоглобина (под влиянием ферментов).

Результаты исследования крови (содержание количества эритроцитов и гемоглобина) в первые 24—48 ч от начала острого гастродуоденального кровотечения не отражают истинной величины кровотечения и не могут явиться критерием тяжести состояния. При этом необходимо учитывать показатели гематокрита и объем циркулирующей крови (ОЦК). Определение ОЦК и ее компонентов — достоверный метод установления величины кровопотери при гастродуоденальных кровотечениях. Важные объективные данные для диагностики острых гастродуоде-

нальных кровотечений дает неотложное рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, оно не отягощает состояния больных, диагностически эффективно и у подавляющего большинства больных дает ясное представление об источнике кровотечения. Все более широкое применение в дифференциальной диагностике гастродуоденальных кровотечений находят фиброгастроскопия и фибродуоденоскопия. Особую роль играет фиброгастроскопия в распознавании острых поверхностных поражений слизистой оболочки желудка, при которых рентгенологическое исследование мало результативно.

Весьма ценна для распознавания причин кровотечения селективная ангиография, значение которой не ограничивается возможностью определения только локализации источника и факта продолжающегося кровотечения.

При поступлении больного с гастродуоденальным кровотечением в хирургический стационар врач должен выяснить причину, источник кровотечения и его локализацию, остановилось оно или продолжается, продумать меры, необходимые для его остановки.

Решить первый вопрос помогают анамнез, лабораторные, рентгенологические и эндоскопические методы исследования. Для оценки тяжести состояния больного, решения тактических вопросов применяют зондирование желудка. Выделение крови через желудочный зонд указывает на продолжающееся желудочное кровотечение, отсутствие крови в желудке свидетельствует о том, что желудочное кровотечение остановилось.

Все больные с гастродуоденальными кровотечениями должны госпитализироваться в хирургический стационар.

Для гемостатической терапии применяют медикаменты, повышающие свертываемость крови, и средства, уменьшающие кровоток в области кровотечения. К этим мероприятиям относят:

- 1) внутримышечное и внутривенное дробное введение плазмы по 20—30 мл через каждые 4 ч;
- 2) внутримышечное введение 1%-ного раствора викасола до 3 мл в сутки;
- 3) внутривенное введение 10%-ного раствора хлорида кальция;
- 4) аминокaproновая кислота (как ингибитор фибринолиза) внутривенно капельно по 100 мл 5%-ного раствора через 4—6 ч.

Применение гемостатических средств необходимо контролировать по времени свертываемости крови, времени кровоте-

чения, фибринолитической активности и концентрации фибриногена.

В последнее время наряду с общей гемостатической терапией для остановки гастродуоденальных кровотечений используют метод местной гипотермии желудка. При выполнении эндоскопического исследования производят клипирование кровоточащего сосуда или его коагулирование.

При кровотечении из аррозированных варикозно-расширенных вен пищевода наиболее эффективно применение пищевода зонда с пневмобаллонами Блейкмора.

В комплексе мероприятий при острых гастродуоденальных кровотечениях важное место принадлежит переливанию крови в целях компенсации кровопотери. Кроме компенсации кровопотери, перелитая кровь повышает защитные силы организма, стимулирует компенсаторные механизмы.

Срочное оперативное лечение показано при неостанавливающемся кровотечении. Однако эффективность хирургического лечения в значительной мере зависит от установления этиологического фактора, вызвавшего гастродуоденальное кровотечение.

## ***5. Поздние осложнения после операций на желудке***

Поздние осложнения после резекции желудка по поводу язвенной болезни получили название постгастрорезекционных синдромов, или болезни оперированного желудка.

В последнее время вопросы лечения постгастрорезекционных синдромов пристально и всесторонне изучаются. Определяются функциональные изменения в центральной нервной системе, объем циркулирующей плазмы, функция эндокринных желез, обмен серотонина и брадикинина.

Наиболее полной и дифференцированной считается классификация А. А. Шалимова и В. Ф. Саенко.

1. Функциональные расстройства:

- 1) демпинг-синдром;
- 2) гипогликемический синдром;
- 3) постгастрорезекционная астения;
- 4) синдром малого желудка, синдром приводящей петли (функционального происхождения);

- 5) пищевая (нутритивная) аллергия;
  - 6) гастроэзофагальный и еюно- или дуоденогастральный рефлюксы;
  - 7) постваготомная диарея.
2. Органические поражения:
- 1) рецидив язвы, в том числе пептической, и язвы на почве синдрома Золлингера—Эллисона, желудочно-кишечный свищ;
  - 2) синдром приводящей петли (механического происхождения);
  - 3) анастомозит;
  - 4) рубцовые деформации и сужения анастомоза;
  - 5) ошибки в технике операции;
  - 6) постгастрорезекционные сопутствующие заболевания (панкреатит, энтероколит, гепатит).

## **6. Рак желудка**

Из всего желудочно-кишечного тракта рак чаще поражает желудок. Согласно статистическим данным, он встречается приблизительно в 40% всех локализаций рака. В настоящее время значительно расширились возможности рентгенологического исследования в диагностике рака желудка, что связано с применением как новых методик, так и новых приемов (париетография, двойное контрастирование, полипозиционное исследование, рентгенокинематография и др.).

**Предраковые заболевания.** Необходимо уделять особое внимание так называемым предраковым заболеваниям, к которым относятся хронический гастрит, язва желудка и полипоз слизистой желудка. Используя активную диспансеризацию и лечебные мероприятия, можно добиться реальных успехов в профилактике рака желудка.

Международная клиническая классификация рака желудка по TNM такая же, как и при раке толстой кишки.

- В. В. Серов рассматривает следующие морфологические формы:
- 1) раки с преимущественно экзофитным экспансивным ростом:
    - а) бляшковидный рак;
    - б) полипозный или грибовидный рак (в том числе развывшийся из полипа желудка);

- в) изъязвленный рак (злокачественные язвы); первично-язвенная форма рака желудка (блюдообразная или чашеобразная);
- 2) раки с преимущественно эндофитным инфильтрирующим ростом:
  - а) инфильтративно-язвенный рак;
  - б) диффузный рак;
- 3) раки с эндоэкзофитным смешанным характером роста (переходные формы).

К синдрому малых признаков А. П. Савитского относятся:

- 1) потеря интереса к окружающему, к труду, апатия, психическая депрессия, отчужденность;
- 2) появление у больных в течение последних нескольких недель или месяцев общей слабости, утомляемости, снижение трудоспособности;
- 3) прогрессивное похудание;
- 4) снижение аппетита, отвращение к пище или некоторым ее видам (мясо, рыба);
- 5) явления так называемого желудочного дискомфорта — потеря физиологического чувства удовлетворения от принятой пищи, ощущение переполнения и распирания желудка, тяжесть в эпигастральной области, отрыжка;
- 6) стойкая или нарастающая анемия.

**Клиническая картина** рака желудка зависит также от его локализации. Так, при раке привратника типична клиническая картина сужения привратника, появляется рвота. После приема завтрака у больного отмечается чувство тяжести в эпигастральной области, которое усиливается после обеда, так как не вся пища эвакуируется из желудка.

Рак кардиального отдела желудка может долго не проявляться, но по мере циркулярной инфильтрации входа в желудок и перехода на пищевод наступают симптомы дисфагии, которые носят разнообразный характер. В некоторых случаях больные жалуются на задержку пищи при глотании в области мечевидного отростка, вначале эта задержка носит временный характер, а затем приобретает более постоянный.

При **дифференциальной диагностике** необходимо шире проводить эзофагоскопию, которая в особо трудных случаях может оказать неоценимую услугу.

В настоящее время лечение рака желудка — исключительно хирургическое, если нет к нему противопоказаний. Поэтому каждый больной, у которого диагностирован или подозревается рак желудка, должен быть оперирован.

В зависимости от локализации опухоли Е. Л. Березов рекомендует применять четыре вида резекции желудка:

- 1) простая резекция желудка;
- 2) субтотальная;
- 3) тотально-субтотальная;
- 4) тотальная экстирпация.

---

---

## ЛЕКЦИЯ № 3. Заболевания толстого кишечника и прямой кишки

---

---

### **Краткая анатомо-физиологическая характеристика.**

**Ободочная кишка** состоит из восходящей, куда входит ее начальный отдел и слепая кишка, поперечной, нисходящей и сигмовидной ободочной кишок. Последняя переходит в прямую кишку. В норме ободочная кишка имеет сероватый оттенок (тонкая кишка розоватая) и особое расположение мышечных слоев — наличие продольных мышечных лент, выпячиваний и сальниковых придатков. Диаметр ободочной кишки равен 4—5 см.

**Восходящая ободочная кишка** (*colon ascendens*) находится в правой боковой области живота, несколько ближе к срединной линии, чем нисходящая, а правая (печеночная) кривизна лежит в правом подреберье. Сверху и спереди восходящую ободочную кишку покрывает правая доля печени, а кнутри правая кривизна соприкасается с дном желчного пузыря.

**Поперечная ободочная кишка** (*colon transversum*) начинается в области правого подреберья на уровне 10-го реберного хряща от печеночного изгиба, идет несколько в косом направлении справа налево и вверх в область левого подреберья. Здесь на уровне 9-го реберного хряща или 8-го межреберного промежутка она кончается у левого изгиба ободочной кишки, переходя в нисходящую ободочную кишку.

**Нисходящая ободочная кишка** (*colon descendens*) начинается сверху от левого (селезеночного) изгиба, опускается по задней стенке живота, располагаясь своей задней, лишенной брюшинного покрова поверхностью впереди латерального участка левой почки и квадратной мышцы поясницы, до уровня гребешка левой подвздошной кости и переходит в следующий отдел — сигмовидную кишку.

**Сигмовидная ободочная кишка** (*colon sigmoideum*) представляет собой брыжеечную часть ободочной кишки, следующую за нисходящей. Она располагается в левой подвздошной ямке, начинаясь сверху и латерально на уровне заднего края *crista ilei*. Обра-



зовав две петли, она направляется вправо (медиально) и вниз, перегибаясь через пограничную линию, и вступает в полость малого таза, где на уровне III крестцового позвонка переходит в прямую кишку.

**Прямая кишка** состоит из отделов: ректосигмоидного, ампулярного и анального.

Кровоснабжение ободочной и прямой кишок осуществляется ветвями верхней и нижней брыжеечных артерий. Вены сопровождают артерии в виде непарных стволов и относятся к системе воротной вены, а иннервация ободочной кишки осуществляется ветвями верхнего и нижнего брыжеечных сплетений.

Лимфатические узлы, относящиеся к ободочной кишке, располагаются вдоль артерий, их делят на узлы слепой кишки и червеобразного отростка и узлы ободочной кишки.

Различают следующие заболевания ободочной кишки:

- 1) доброкачественные опухоли (полипы, липомы, фибромиомы, миомы, ангиомы);
- 2) дивертикулы;
- 3) неспецифический язвенный колит;
- 4) болезнь Гиршпрунга;
- 5) рак.

**Методы исследования толстого кишечника.** Заболевания ободочной кишки относятся к разделу проктологии, к нему же принадлежат и заболевания прямой кишки. Поэтому методы исследования больных с заболеваниями ободочной и прямой кишок целесообразно рассмотреть совместно.

Для успешного исследования ободочной и прямой кишок необходимо накануне подготовить кишечник. Обследование по срочным показаниям можно проводить без специальной подготовки, которая состоит только из очистительной клизмы. Вначале клизму ставят накануне вечером, а затем в 7—8 утра — в день обследования. При подготовке к рентгенологическому исследованию ободочной кишки накануне вечером больному не дают есть. В 5 ч утра ему ставят очистительную клизму.

К специальным методам исследования прямой кишки относят наружный осмотр, пальцевое исследование, осмотр при помощи ректальных зеркал, ректороманоскопию, рентгенологическое исследование, париетографию, колоноскопию, исследование функции анального жома, копрологический анализ.

**Наружный осмотр.** Детальный осмотр промежностно-анальной области необходим во всех случаях, когда больной предъявляет соответствующие жалобы. Осмотр лучше проводить в коленно-локтевом положении больного, обращая внимание на состояние кожи, наличие или отсутствие припухлости, покраснения, мацерации или повреждений кожи и окружности заднего прохода, наличие наружных геморроидальных узлов, выпадения слизистой или всех слоев прямой кишки, опухолей, параректальных свищей.

**Пальцевое исследование.** Это самый простой, доступный и безопасный метод, который следует применять к каждому больному, предъявляющему жалобы на боли, патологические выделения из прямой кишки или нарушения функции этого органа.

**Осмотр с помощью ректальных зеркал.** Больного обследуют в коленно-локтевом положении или лежа на спине с поднятыми ногами или на боку с приведенными к животу бедрами. Можно визуально исследовать анальный и нижний отделы прямой кишки, увидеть трещины заднего прохода, внутренние геморроидальные узлы, полипы, опухоли, язвы, раны, инородные тела, ректовагинальные свищи, изменения слизистой оболочки и другие патологические процессы на глубине 8—10 см.

**Ректороманоскопия.** Ректороманоскопию проводят при болях в области прямой кишки, кровотечениях из анального отверстия, подозрении на злокачественное или доброкачественное новообразование, запорах и поносах (особенно с кровью и слизью), стриктурах, язвах, прямокишечно-влагалищных, мочепузырно-прямокишечных свищах и других показаниях, а также при отсутствии каких-либо жалоб, т. е. с профилактической целью для выявления бессимптомно протекающих заболеваний, особенно у работников пищевых и детских учреждений. Ректороманоскопию по необходимости используют в целях биопсии и взятия материала со слизистой кишки для посева, мазка, микроскопического исследования.

**Рентгенологическое исследование.** Это ценный диагностический метод распознавания рака ободочной кишки. В сочетании с клиническими данными он обеспечивает успех своевременной диагностики данного заболевания.

Контрастный завтрак, контрастная клизма, исследование рельефа слизистой, метод «двойного контраста» — этапы полноценного рентгенологического исследования. Их нельзя рассматривать как заменяющие или как конкурирующие методы. Однако из всех

этих способов наибольший удельный вес имеет контрастная клизма, которую вводят под контролем экрана, с пальпаторным исследованием через переднюю брюшную стенку и рентгенограммами. Контрастная клизма — наилучший метод для уточнения расположения опухоли, она помогает хирургу в выборе оперативного доступа, в ориентировке при лапаротомии, а также в составлении плана оперативного вмешательства.

При рентгенологическом исследовании больного раком ободочной кишки придается основное значение следующим рентгенологическим симптомам: изменению рельефа слизистой оболочки, ригидности стенки ободочной кишки и наличию дефекта заполнения.

**Колоноскопия.** Дает возможность выявить патологические изменения ободочной кишки, является дополнительным и окончательным диагностическим методом, так как с помощью операционного колоноскопа можно взять материал для гистологического исследования с любого отдела ободочной кишки.

## ***1. Доброкачественные опухоли***

### **Полипы**

Поражают все отделы ободочной кишки, чаще всего в молодом возрасте. С увеличением количества полипов возрастает возможность их малигнизации.

Клиника полипов и полипоза зависит от их количества, локализации, распространения и особенности строения. При одиночных полипах болезнь может протекать бессимптомно, при аденоматозных полипах появляется жидкий стул с примесью крови и слизи. При полипозе часто наблюдаются боли в поясничной области и запоры, а при его локализации в сигмовидной кишке — чувство неполного опорожнения кишечника. Такие больные теряют в весе, становятся бледными, анемичными. При ректороманоскопии видны полипы сигмы различной формы, величины и цвета. Рентгенологическое исследование дает типичное ячеистое изображение, т. е. множественные дефекты заполнения.

### **Липомы**

Характеризуются длительностью и бессимптомностью течения. В некоторых случаях они имеют широкое основание, обычно покрыты нормальной слизистой оболочкой. Липомы можно пропальпировать через переднюю брюшную стенку. Они имеют гладкую поверхность, свободно смещаются, часто являются причиной развития острой или хронической инвагинации. Ценные данные

даст рентгенологическое исследование, однако иногда диагноз можно установить только во время операции.

#### **Фибромиомы и ангиомы**

В области ободочной кишки встречаются редко. Ангиомы могут давать постоянные или периодические, иногда обильные кровотечения во время акта дефекации, что может привести к значительной анемии. Если ангиомы локализуются в сигмовидной кишке, то при ректороманоскопии и фиброколоноскопии на бледном фоне слизистой видны гроздевидные сосудистые образования, выпячивающиеся из подслизистого слоя.

Диагноз вышеуказанных доброкачественных опухолей ободочной кишки чаще всего устанавливается на операционном столе.

## ***2. Дивертикулы***

Дивертикулы ободочной кишки являются приобретенными ограниченными мешковидными расширениями и встречаются в основном у лиц старше 40 лет. Чаще они локализуются в сигмовидной кишке, реже — в других отделах ободочной кишки. Нередко в дивертикуле возникает воспаление — дивертикулит.

Дивертикулит может дать осложнения: кишечную непроходимость, нагноение, свищи, кровотечения. Для дивертикулита типичны спазматические боли, нередко запоры и реже — поносы. Часто бывают повышение температуры, слабость, в крови лейкоцитоз, в кале примесь гноя, слизи и крови. В холодном периоде в распознавании дивертикулов основное место занимает рентгенологическое исследование, которое дает характерную картину.

## ***3. Неспецифический язвенный колит***

Неспецифический язвенный колит — заболевание невыясненной этиологии, характеризующееся развитием воспалительного процесса, геморрагии, язв, кровотечением, выделением слизи и гноя из ободочной и прямой кишок.

Существует ряд теорий, пытающихся объяснить этиологию и патогенез неспецифического язвенного колита: инфекционная, ферментативная, эндокринная, неврогенная, психогенная теория стресса, алиментарная, теория большого коллагеноза, теория аллергии, или аутоиммуноагрессии.

По течению различают острую (тяжелая, молниеносная) и хроническую (непрерывно текущая, рецидивирующая) формы неспецифического язвенного колита.

По симптоматике выделяют четыре стадии неспецифического язвенного колита:

- 1) ректальное кровотечение (кровь алая), стул нормальный, слизи нет (стадия «геморроя» и «трещин анального канала»);
- 2) через две недели усиливается появление крови в кале, слизь в большом количестве, учащенный стул (стадия «инфекционной больницы», или дизентерии);
- 3) на втором месяце нарастают явления интоксикации, отмечаются боли в животе, гектическая температура тела;
- 4) на третьем месяце заболевания стул учащается (10—80 раз в сутки), стул зловонный, в виде кровянистой раздражающей жидкости, непрерывные тенезмы, больной неопрятен, угнетен, наблюдается истощение подкожной клетчатки, бледность кожи и слизистых с иктеричным оттенком, гектическая температура тела, тахикардия, вздутие живота, сухой язык, олигурия, лейкоцитоз, плейтофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, гипопропротеинемия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипоальбуминурия.

Внекишечные проявления — артриты, конъюнктивиты, нейродермиты, дерматиты, гангренозная пиодермия ануса.

**Осложнения** неспецифического язвенного колита:

- 1) специфические — поражение кожи, суставов, глаз;
- 2) ассоциативные — нарушения гематологической картины, водно-электролитного баланса, всасываемости из тонкой кишки, изменение системы гемокоагуляции;
- 3) хирургические:
  - а) перфорация ободочной кишки;
  - б) массивные кишечные кровотечения (чаще ректосигмоидного угла);
  - в) острая токсическая дилатация ободочной кишки (токсический мегаколон);
- 4) поражения аноректальной области — стриктуры, свищи, анальные трещины.

Осложнения хронического неспецифического язвенного колита: стриктуры ободочной кишки, раковое превращение, кровотечение.

Для постановки диагноза неспецифического язвенного колита применяют специальные методы исследования — ректороманоскопию, ирригоскопию, колоноскопию, аспирационную биопсию.

При ректороманоскопии в стадии разгара заболевания выявляются симптом «плачущей слизистой», контактное кровотечение, с большим выделением крови, гноя, с избыточным ростом грануляций (псевдополипы), в поздней стадии — сглаженность слизистой, деформация кишки. Такую же картину дает колоноскопия.

Ирригоскопия предоставляет данные спустя два месяца от начала заболевания. Ободочная кишка без гаустр, укорочена, слепая кишка подтянута к печеночному углу, нет никакого рельефа слизистой, псевдополипы (в поздней стадии).

Аспирационная биопсия устанавливает воспаление в слизистой кишки.

Неспецифический язвенный колит необходимо отличать от болезни Крона, туберкулеза и рака.

Для **лечения** неспецифического язвенного колита необходима диета (жидкая пища 6 раз в день, у очень тяжелых больных — голод). Пища должна быть хорошо термически и механически обработана и богата белками и витаминами. Углеводы, молоко и консервированные продукты должны быть исключены, количество жиров — ограничено.

Парентеральное питание обеспечивает механический и функциональный покой пищеварительного тракта. Оно компенсирует недостаток энтеропластического материала, снижает истощение больных, повышает общую сопротивляемость организма, уменьшает токсемию, бактериемию, анемию, авитаминоз, улучшает водно-электролитный и белковый обмен. Эффект парентерального питания зависит от биологической активности вводимых препаратов, сбалансированности аминокислот.

Лучше применять белковые препараты, полученные путем ферментативного гидролиза фибрина крови или казеина, где меньше гуминовых веществ и аммиака. Они должны задерживаться в организме, хорошо утилизироваться печенью и тонкой кишкой. Введенный белок является энергетическим строительным материалом, уменьшает гипопроотеинемия, атонию кишечника, повышает регенерацию тканей.

Внутривенно вводятся электролиты: соли натрия, калия, кальция, магния, хлора, фосфора, железа; подкожно — утроенная суточная доза витаминов групп А, В, С.

Гормональная терапия ликвидирует недостаточность надпочечников, подавляет гипераллергическое воспаление, снижает токсемию.

При тяжелых формах вводят гидрокортизон парентерально по 50—100 мл через 6—12 ч в течение 10 дней. Затем переходят на пероральный прием преднизолона (по 20—30 мг в день 2—3 месяца, последняя неделя — 5 мг в день).

Также проводят лечение, направленное на ликвидацию дисбактериоза.

Местное лечение — клизмы с марганцем, маслом шиповника, с облепихой и ромашкой.

При множественной перфорации кишки, токсическом мегаколоне, профузном кровотечении показано экстренное оперативное вмешательство.

Показания к плановому оперативному лечению: острая форма заболевания, которая не поддается консервативной терапии в течение месяца; хроническая непрерывная форма, которая длится 3 года и сопровождается кровотечением; стриктура на одном из участков ободочной кишки, рак, развившийся на фоне неспецифического язвенного колита.

Оперативное лечение расчленяется на два этапа:

- 1) субтотальная колонэктомия с выведением илеостомы по Бруку;
- 2) илеосигмоанастомоз при санированной сигме и прямой кишке через 3—6 месяцев после первого этапа.

#### ***4. Рак ободочной кишки***

Рак ободочной кишки занимает четвертое место по числу случаев после рака желудка, пищевода и прямой кишки. Тонкая кишка поражается опухолью реже, чем ободочная и прямая.

Рак ободочной кишки — сравнительно благоприятная форма раковой болезни. При своевременной диагностике и полноценной терапии исходы лечения могут быть значительно лучшими, чем при раке желудка. Раком поражаются все ее отделы, почти в одинаковой степени правая и левая стороны и относительно реже — поперечная ободочная кишка.

**Клиническое течение.** Рак ободочной кишки характеризуется множеством симптомов, которые свойственны и другим патологическим процессам в органах брюшной полости, а также в забрю-

шинном пространстве. Среди признаков рака ободочной кишки нет каких-либо специфических.

К наиболее частым симптомам, характерным для рака ободочной кишки, относят:

- 1) боли, сопровождающиеся некоторыми желудочно-кишечными расстройствами (запор, жидкий стул);
- 2) анемию и интоксикацию без пальпируемой опухоли, а иногда и при отрицательных данных рентгенологического исследования;
- 3) явления, напоминающие дизентерию или колит (жидкий стул, слизь, кровь в кале);
- 4) частичную или полную кишечную непроходимость;
- 5) явления, напоминающие геморрой (повторяющиеся кровотечения, принимаемые за геморроидальные).

Рак ободочной кишки делят по периодам заболевания.

I. Бессимптомный период (скрытое течение заболевания).

II. Период расстройства кишечника:

- 1) вначале без выраженного нарушения прохождения кишечника, в том числе с компенсированным стенозом кишечного просвета, выявленным при рентгенологическом исследовании или на операционном столе;
- 2) с выраженными нарушениями кишечной проходимости:
  - а) умеренной степени (длительные задержки);
  - б) относительно частичной;
  - в) острой (полной).

III. Период общих нарушений:

- 1) с кишечными расстройствами;
- 2) без кишечных расстройств.

**Международная классификация.** Эта классификация применяется для всех органов желудочно-кишечного тракта.

T — первичная опухоль.

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

TO — первичная опухоль не определяется.

T in situ — преинвазивная карцинома.

T1 — опухоль инфильтрует стенку кишки до подслизистого слоя.

T2 — опухоль инфильтрует мышечный слой стенки кишки.

T3 — опухоль инфильтрует субсерозу или ткань перитонизированных участков кишки.



T4 — опухоль прорастает висцеральную брюшину или непосредственно распространяется на соседние органы.

N — метастазы в регионарные лимфатические узлы.

NX — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

NO — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1, 2, 3 — имеются метастазы в лимфатических узлах.

M — метастазы в отдаленные органы.

MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

MO — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

M1 — имеются отдаленные метастазы.

#### **Отечественная классификация.**

I стадия — опухоль небольших размеров, ограниченная, локализуется в слизистой толще и подслизистом слое ободочной кишки, без регионарных метастазов.

II стадия — опухоль не выходит за пределы кишки, сравнительно больших размеров, но не занимает больше полуокружности стенки, без регионарных метастазов либо имеет тот же или меньший размер, наблюдаются одиночные метастазы в близлежащие лимфатические узлы.

III стадия — опухолевый процесс занимает больше полуокружности кишки, прорастает всю ее стенку или соседнюю брюшину, имеются метастазы; опухоль любого размера со множеством метастазов в регионарные лимфатические узлы.

IV стадия — обширная опухоль, прорастающая в соседние близлежащие органы и имеющая множественные метастазы, или опухоль любых размеров с отдаленными метастазами.

**Диагностика.** При диагностике рака ободочной кишки необходимо учитывать данные анамнеза, наружного осмотра, пальпации, ректороманоскопии, колоноскопии, рентгенологического и лабораторного исследований кала на явную и скрытую кровь. При собирании анамнеза надо выяснить, отмечал ли больной явления кишечной непроходимости, если да, то как они развивались, имелись ли кратковременные приступообразные боли в животе, наблюдалось ли при этом урчание, вздутие и пр. Необходимо выяснить форму кала, причины расстройства стула, наличие патологических выделений из прямой кишки.

Большинство больных раком ободочной кишки имеют внешне здоровый вид, за исключением тех, у которых заболевание протекает на фоне анемии, что особенно характерно для рака правой половины ободочной кишки. Сравнительно быстро к исхуданию ведут и проявления кишечной непроходимости.

При локализации опухоли в левой половине ободочной кишки появляется местное вздутие и видимая перистальтика, которые сопровождаются урчанием, иногда слышимым даже на расстоянии. В некоторых случаях при этом можно вызвать шум плеска, который указывает на наличие большого количества застойного жидкого содержимого в слепой и отчасти в восходящей ободочной кишке.

Большое значение в постановке диагноза рака ободочной кишки придают пальпаторному исследованию, успех которого зависит не только от степени опорожнения кишечника и расслабления мышц передней брюшной стенки, но и от анатомической локализации опухолей. Легче поддаются пальпации опухоли фиксированного отдела ободочной кишки — восходящей и нисходящей кишок, лишенных заднего листка брюшины.

При стенозирующем раке дистального отдела ободочной кишки «симптом Обуховской больницы» (пустая расширенная ампула прямой кишки) часто положительный. Дифференциации опухолей кишечной локализации с опухолями, исходящими из гениталий, помогает комбинированное вагинальное и ректальное исследование. При пальцевом исследовании через прямую кишку можно определить метастазы в дугласовом пространстве и в тазовой клетчатке. Пальпировать брюшную полость следует после тщательной очистки кишечника.

Различные методы рентгенологического исследования ободочной кишки в подавляющем большинстве клинически неясных случаев опухолей ободочной кишки дают четкий ответ, что ставит рентгенологическое исследование на первое место среди других методов. Это исследование дает возможность не только поставить диагноз рака ободочной кишки, но и отличить его от других заболеваний, которые считаются предраком. Раку ободочной кишки могут предшествовать множественные ворсинчатые опухоли в сочетании с аденоматозными полипами.

Рентгенологическое исследование необходимо проводить не только при подозрении на рак ободочной кишки, но и больным

с длительными кишечными расстройствами неизвестной этиологии и с выраженными явлениями интоксикации, анемии, исхудания необъяснимого происхождения.

Из лабораторных методов исследования при раке ободочной кишки имеет значение осмотр кала на примесь явной крови и наличие скрытой крови (реакции Грегерсена, Вебера), при этом больной не должен принимать мясную пищу в течение 3—4 дней.

Однако необходимо учитывать, что скрытая кровь в кале может быть при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенном колите и других заболеваниях. Кроме того, если нет изъязвления опухоли, то реакция на скрытую кровь в кале будет отрицательной.

**Дифференциальная диагностика.** Рак ободочной кишки необходимо отличать от:

- 1) динамической кишечной непроходимости;
- 2) специфических воспалительных процессов ободочной кишки (туберкулез, актиномикоз, гумма);
- 3) неспецифических воспалительных процессов (аппендикулярный инфильтрат, дивертикулит, язвенный колит);
- 4) доброкачественных опухолей ободочной кишки (полипы, фибромиомы, липомы, ангиомы, лейомиомы);
- 5) опухолей и воспалительных процессов желчного пузыря и печени;
- 6) заболеваний почек (опухоли, подвижная и подковообразная почка).

**Лечение.** Рак ободочной кишки лечат исключительно хирургическим методом. Он заключается в широкой резекции пораженного участка кишки и соответствующего отдела брыжейки с регионарными лимфатическими узлами.

Если рак ободочной кишки не осложняется острой кишечной непроходимостью, где хирург вынужден делать операцию по срочным показаниям, то больным проводят тщательную предоперационную подготовку, учитывая их индивидуальные особенности.

В предоперационной подготовке большое значение имеет диета. Пища должна быть высококалорийной, богатой витаминами, с малым количеством клетчатки (рубленое отварное мясо, молочный суп, масло, яйца, фруктовый сок, крем, рис, чистый шоколад, сухари, сухое печенье). Из пищи исключаются все труд-

ноперевариваемые и грубые продукты — картофель, капуста, грибы, фрукты и др.

Для устранения обезвоживания организма и гипопроteinемии внутривенно переливают кровь, плазму, полиглюкин, физиологический раствор.

Б. Л. Бронштейн рекомендует в течение 8—10 дней до операции систематически принимать слабительное в виде 15%-ного раствора сернокислой магнезии по 12 ст. л. в сутки (примерно в 6 приемов). Это слабительное действует не так изнуряюще. Противопоказана и опасна однократная большая доза слабительного. Накануне операции делают очистительные клизмы утром и вечером. В целях уменьшения брожения в кишечнике до и после операции назначают бензонафтол и салол, за двое суток до операции — антибиотики.

Правильное ведение больных в послеоперационном периоде в значительной степени определяет исход оперативного вмешательства.

Сразу же после операции налаживают капельное переливание крови (220 мл), затем 5%-ного раствора глюкозы на изотоническом растворе NaCl с добавлением витаминов. Первые 2—3 дня назначают наркотические средства, атропин, сердечные. Необходимо строго соблюдать гигиену полости рта для предупреждения паротита. Двигаться в постели разрешают со второго дня, проводят все мероприятия по профилактике послеоперационных пневмоний.

Особого внимания заслуживает функция кишечника. Для беспрепятственного отхождения газов и предупреждения повышенного давления внутри ободочной кишки применяют свечи из глицерина и белладонны, в прямую кишку вводят газоотводную трубку. Некоторые хирурги к концу операции проводят пальцевое растяжение сфинктера.

Если у больного имеется метастатическая стадия заболевания, то, кроме оперативного лечения, применяется химиотерапия (как правило, в адьювантном режиме). Применяют как давно известные метилурацил, метотрексат, так и современные кселода, доксирубицин (антроциклины), паклитаксел (таксаны) и т. п. Препараты вводят как внутривенно, так и внутривентально в брюшную полость по дренажам, специально оставленным во время операции. При метастазах в печень препараты вводят в круглую связку печени.

## 5. Геморрой

Геморрой (*varices haemorrhoidales*) — варикозное расширение вен геморроидальных сплетений, сопровождающееся такими клиническими симптомами, как кровотечение, боль, воспаление, выпадение геморроидальных узлов. Однако не всегда все эти симптомы проявляются одновременно.

Различают внутренний и наружный геморрой. Первый развивается из внутреннего венозного сплетения, второй — из наружного. Однако наблюдаются случаи, когда в образовании геморроидальных узлов участвуют два сплетения.

Развитие геморроя начинается незаметно. В области заднего прохода постепенно возникает чувство щекотания или зуда, в некоторых случаях — чувство тяжести и ощущение присутствия инородного тела. Когда расширение вен достигает значительной величины, просвет кишки суживается и при акте дефекации появляются сильные боли, которые заставляют больных как можно дольше воздерживаться от дефекации. Все это приводит к деструкции стенок вен и вызывает кровотечение, а затем и выпадение геморроидальных узлов. Болезнь вступает в фазу своего полного развития.

В. Р. Брайцев различает четыре степени выпадения:

- 1) узлы выпадают только при акте дефекации и сами уходят обратно;
- 2) узлы выпадают при резких напряжениях, но не вправляются самостоятельно;
- 3) узлы выпадают при ходьбе и остаются в таком положении, пока не будут вправлены больным;
- 4) узлы выпадают постоянно и после вправления выпадают снова.

Выпавшие геморроидальные узлы закрывают отверстие заднего прохода и препятствуют нормальному опорожнению кишечника, в результате чего появляются головная боль, отрыжка, рвота, отвращение к пище, иногда вздутие живота, частые позывы к мочеиспусканию или его задержка, повышается температура, учащается пульс.

Кровотечение — одно из типичных и частых проявлений геморроя. Преимущественно дают кровотечение внутренние геморроидальные узлы. Оно чаще всего происходит при акте дефекации,

когда анальное кольцо расслабляется, а давление в геморроидальных венах повышается (протекает безболезненно). Количество крови, теряемой при геморроидальных кровотечениях, может варьировать в различных пределах — от едва заметных следов в виде окрашенных полосок на каловых массах или скудного окрашивания туалетной бумаги до истечения струей. Повторные обильные кровотечения могут привести больного к анемии и резкому истощению.

Однако кровотечения из прямой кишки могут быть обусловлены не только геморроем, но и полипами, раком прямой кишки и вышележащих отделов толстой кишки, хроническим язвенным проктитом, трещинами заднего прохода и пр. Кровотечение из прямой кишки — это сигнал бедствия, поэтому больной должен быть всесторонне обследован. Уже в условиях поликлиники необходимо провести осмотр кишки при помощи ректального зеркала.

Кроме кровотечения, возможны и периодические воспалительные обострения геморроя. Иногда воспалительный отек бывает выражен так, что геморроидальные узлы принимают вид крупных, округлой или овальной формы опухолей, выступающих по окружности анального отверстия. Чаще всего обострение возникает после какого-либо провоцирующего момента (прием алкоголя, тяжелая напряженная работа и т. д.).

Кроме местных явлений, при геморрое бывают и общие симптомы — понижение или потеря трудоспособности, бессонница, головные боли, расстройство нервной системы, малокровие.

А. Н. Рыжих приводит наиболее простую, практически удобную клиническую классификацию геморроя:

- 1) наружный:
  - а) в форме узлов;
  - б) с тромбозом узлов;
  - в) в форме бахромок;
- 2) внутренний:
  - а) с кровотечением;
  - б) с периодическими обострениями (или в стадии обострения);
  - в) с выпадением узлов;
  - г) с выпадением слизистой прямой кишки;
- 3) комбинированный — наружный и внутренний геморрой.

**Лечение** геморроя может быть консервативным и оперативным. При неосложненном геморрое консервативное лечение сводится к применению рациональной диеты и систематическому туалету области заднего прохода. Пища должна быть разнообразной, растительно-молочной, высококалорийной, с достаточным количеством витаминов, а также обязательно наличие черного хлеба, чтобы предупредить появление у больного запоров. Из рациона следует исключить алкогольные напитки, которые могут явиться причиной обострения геморроя. Важно добиться ежедневного мягкого стула, после дефекации полезны сидячие прохладные ванны.

Медикаментозное лечение направлено на устранение отдельных симптомов геморроя. Для этого больным назначают кровоостанавливающие, обезболивающие, антисептические, противовоспалительные и вяжущие средства.

Предлагается большое количество склерозирующих средств, наибольшее применение из них приобрели чистый спирт, хинин-мочевина (смесь Бензо), 5%-ный фенол в масле, варикоцид, сомбрадекол и др.

Показаниями к оперативному лечению геморроя служат повторные кровотечения, повторяющиеся воспаления и выпадения геморроидальных узлов, частые раздражения и зуд в заднем проходе, выпадение узлов и слизистой оболочки без наличия воспаления.

Операции по поводу геморроя проводят методами Субботина и Склифосовского, Миллиган—Моргана — иссечение геморроидальных узлов в точках, которые соответствуют цифрам 3, 7, 11 циферблата часов снаружи внутрь с прошиванием и перевязкой сосудистых ножек и ушиванием перianальных кожно-слизистых ран. Этот метод не дает рецидивов.

Геморроидэктомия в остром периоде у больных тромбозом геморроидальных узлов более эффективна, особенно в сочетании с ферментами и антикоагулянтами.

В целях профилактики геморроя необходимо уделять внимание борьбе с запорами.

## **6. Проктит**

Проктит (*proctitis*) — острое или хроническое воспаление слизистой оболочки прямой кишки.

Острый проктит характеризуется болями, чувством жжения и переполнения в прямой кишке, учащенными позывами на дефекацию, выделением жидкой слизи, серозно-кровянистой жидкости, иногда с примесью гноя.

Хронические проктиты могут развиваться из острых, а в некоторых случаях и самостоятельно. Различают катаральную и язвенную формы хронического проктита.

При **лечении** острого проктита больному необходим покой, облегченная малошлаковая диета. Местно в прямую кишку вводят по 50 мл 0,5%-ного раствора колларгола или оливкового масла.

При хроническом проктите следует ежедневно промывать прямую кишку слабым раствором перманганата калия, нитрата серебра (1 : 5000).

Для лечения проктитов, хронических запоров, колитов, тучности, некоторых заболеваний женских внутренних половых органов, гепатитов применяют субаквальные клизмы. В зависимости от показаний для таких клизм используют изотонический раствор хлорида натрия, минеральные воды, обычную кипяченую воду (38—39 °С), к которой добавляют эфирные масла или лекарственные препараты. Клизмы ставят больному, находящемуся в ванне с водой, подогретой до 35—37 °С. Для субаквальной клизмы необходимо 25—30 л жидкости, которую вводят в прямую кишку порциями по 1—2 л. Процедура продолжается не более 30 мин. Система труб, подводящих жидкость для субаквального промывания кишечника, и труб, по которым стекает вода с экскрементами, должна быть герметически изолирована от воды, наполняющей ванну. В особой воронке, собирающей промывные воды и экскременты, создается отрицательное давление, облегчающее эвакуацию из кишечника.

## **7. Трещины заднего прохода**

Трещина заднего прохода (*fissura ani*) — щелевидный разрыв слизистой оболочки анального канала, располагается, как правило, на задней его стенке.

Начало заболевания может быть незаметным, постепенным или острым, внезапным. Больного беспокоит чувство жжения, давления, расширения, наличия инородного тела в прямой кишке с иррадиацией боли в промежность, мочевого пузырь, крестец,



ягодицы, внутреннюю поверхность бедер. Боль наступает вскоре после акта дефекации и продолжается в течение многих часов.

Трещина анального канала в 90% случаев локализуется на задней стенке белой линии, в единичных случаях (10%) — на передней стенке заднего прохода (чаще у женщин). На боковой стенке анального канала трещин не бывает. В 3% случаев встречаются две трещины на задней и передней стенках анального канала.

Длина анальной трещины составляет 0,5—2 см, глубина — 0,3—0,5 см.

Вызывают трещины запоры, геморрой. При этом происходит разрыв слизистой анального канала, в результате чего обнажаются нервы, на которые действуют токсины. При длительном действии токсинов возникает неврит и спазм сфинктера прямой кишки, и это не дает заживать трещине.

При трещинах возникают резкие боли как во время дефекации, так и после стула. Иногда выделяются единичные капли крови. Некоторые больные боятся стула, ограничивают прием пищи, что еще больше приводит к запорам. Острая трещина (до 3 месяцев) в дальнейшем переходит в хроническую. При хронической трещине боли в заднем проходе несколько меньше, чем при острой.

Хроническая трещина в 33% случаев имеет дистальный бугорок и в 3% — проксимальный бугорок в виде полипа.

**Лечение:** теплые сидячие ванны, микроклизмы с ромашкой, геморроидальные свечи с анестезином. Применяют растяжение сфинктера прямой кишки по Рекомье, используют инъекционный метод смесью Шнее (5% совкаин — 0,1 мл, фенолфталеин — 0,2 г, медицинский спирт крепостью 70% — 1 мл, масло персиковое — 8,7 г). После обезболивания 0,5%-ным раствором новокаина, отступив 1,5 см от анального кольца, вводят 0,5—2,0 мл жидкости Шнее под дно трещины, где происходит дегенерация волокон, и боли в течение месяца исчезают. Кроме того, применяют спиртно-новокаиновую блокаду. Под трещину вводится 0,5%-ный раствор новокаина (50 мл) и по всей длине медицинский спирт крепостью 90% (1 мл). Процедуру повторяют каждые 7—10 дней. Широко применяются микроклизмы с 0,5%-ным раствором новокаина (50 мл).

Оперативное лечение показано в тех случаях, когда нет эффекта в течение трех месяцев от консервативной терапии, когда хро-

ническая трещина приобретает вид язвы, когда имеются пограничные бугорки и зуд.

Операция по поводу трещины проводится по Габриэлю не в виде треугольника, а в виде «ракетки» размером 3 × 3 см. Сфинктеротомия не проводится, в некоторых случаях хроническая трещина иссекается с надсечением наружной порции сфинктера, чтобы не осталось рубцовых тканей.

Рана заживает через 3—4 недели. Выписывают больного на 8—9-й день.

## **8. Острый парапроктит**

Острым парапроктитом называют все острые гнойные поражения стенки прямой кишки и окружающей ее клетчатки. В это же понятие включают параректальные гноиники, анальные и периаанальные абсцессы, расположенные под кожей и слизистой заднего прохода.

**Причиной** возникновения острого парапроктита являются травмы (повторные поверхностные ссадины, трещины или разрывы), возникающие при прохождении твердого кала через тонически замкнутый анальный канал. Перерастяжение промежностной части прямой кишки содержимым при запорах, разрыхление слизистой, а также длительные поносы могут вызвать ее надрывы и экскориации.

Возникновению парапроктита способствуют такие заболевания, как геморрой, трещины анального канала, стриктуры прямой кишки, проктиты различной этиологии (катаральный, язвенный, дизентерийный, тифозный, гонорейный, туберкулезный).

Возбудители парапроктита — протей, стрептококк, золотистый стафилококк, анаэробная палочка, анаэробная грамположительная палочка. Инфекция может быть самой различной (как гноеродной, так и анаэробной).

В основе классификации острого парапроктита лежит анатомическое расположение гнойного скопления. Различают:

- 1) подкожный парапроктит, или периаанальный абсцесс;
- 2) седалищно-прямокишечный (ишиоректальный);
- 3) тазово-прямокишечный (пельвиоректальный);
- 4) позадипрямокишечный (ретроректальный);
- 5) подслизистый абсцесс прямой кишки.

Подкожные абсцессы встречаются чаще других форм острого парапроктита. Гной скапливается в подкожной клетчатке с какой-либо стороны от заднего прохода (перианальный абсцесс). Если гнойник располагается у самого края заднего прохода, то он называется краевым, и пли маргинальным, если спереди от заднего прохода — промежностным, а сзади — постанальным.

Подкожный парапроктит проявляется остро, температура тела повышается до 38—39 °С, иногда наблюдается озноб, больные жалуются на боли в области заднего прохода, усиливающиеся при дефекации.

Местно определяется припухание и гиперемия кожных покровов, часто у края заднего прохода. Пальцевое исследование прямой кишки резко болезненно. При установлении диагноза необходима экстренная операция — вскрытие и дренирование гнойника.

Ишиоректальная форма парапроктита стоит на втором месте по частоте встречаемости.

**Клинически** заболевание проявляется чувством тяжести и тупой боли в глубине ягодицы или промежности, температура тела повышается до 38—40 °С (часто с ознобом), больные отмечают нарастающую слабость, исчезновение аппетита, бессонницу. В момент дефекации боли в глубине промежности усиливаются, иногда бывает задержка мочеиспускания. Местно отмечается легкая отечность соответствующей ягодицы. При надавливании ощущаются глубокие боли. Через 3—6 дней со времени возникновения первых болей сбоку от анального отверстия, т. е. на правой или левой ягодице, появляется обширное припухание тканей, болезненное при надавливании. Кожные покровы, как правило, нормальной окраски, но у отдельных больных слегка гиперемированы. Пальпацией выявляется глубокая тестоватость, неплотная инфильтрация тканей. Флюктуация не выявляется, она может быть лишь после прорыва гнойника под кожу, тогда же наступает и гиперемия кожи. При пальцевом исследовании прямой кишки на стороне поражения обнаруживается болезненное уплотнение стенки прямой кишки, иногда при гнойниках, заполняющих всю ишиоректальную ямку, наблюдается выпячивание этой стенки в просвете кишки. Ишиоректальные гнойники, предоставленные собственному течению, прорываются чаще всего наружу через кожу ягодичной области, реже они вскрываются в просвет или через мышцу, поднимающую задний проход, проникают в тазово-прямокишечное пространство.

При седалищно-прямокишечных гнойниках значительно чаще, чем при подкожных, образуется подковообразная или двусторонняя форма парапроктита.

Гнойники при тазово-прямокишечном парапроктите локализируются в одноименном фасциальном пространстве, расположенном между мышцей, поднимающей задний проход, и брюшиной тазового дна. Это самая тяжелая и трудно распознаваемая форма парапроктита, встречающаяся сравнительно редко (7,5%).

Гнойники могут возникнуть лимфогенным путем на почве мелких повреждений (микротравм) слизистой оболочки конечного отдела прямой кишки. В редких случаях они развиваются вторично вслед за гнойным простатитом и везикулитом у мужчин или инфекцией придатков и широких связок матки у женщин.

Клинические признаки заболевания: боли и чувство тяжести в тазу, постоянное давление на низ; боли иррадиируют иногда в область мочевого пузыря, а у женщин — и в область матки; учащение мочеиспускания, иногда резь в конце его; при дефекации боли нерезкие, иногда отсутствуют.

При осмотре промежности, заднего прохода и ягодиц никаких признаков заболевания не отмечается. При поверхностной пальпации ягодиц болей нет, однако сильное давление пальцем или толчки по ягодице пораженной стороны вызывают чувство боли в глубине таза.

При пальцевом ректальном исследовании обнаруживается резкое болезненное уплотнение одной из боковых стенок прямой кишки, расположенное выше мышцы, поднимающей задний проход, т. е. на 5—9 см выше анального отверстия. Иногда при локализации гнойника справа имеются признаки острого аппендицита. Были случаи, когда гнойник прорывался в мочевой пузырь, влагалище и даже в брюшную полость.

Важный диагностический признак позадипрямокишечного абсцесса — резкая боль при давлении пальцем на кожу задней промежности между вершущкой копчика и анальным отверстием.

Клинически у больных наблюдается повышение температуры (37—38 °С), ухудшение общего состояния. Жалобы сводятся к ощущению тупых, иногда пульсирующих болей в нижнем отделе прямой кишки, тяжести в ней. Боли всегда усиливаются при дефекации. Снаружи никаких признаков заболевания не отмечается. Диагноз ставится на основании пальцевого исследования прямой

кишки, в просвете которой на одной из стенок определяется округлая эластическая болезненная опухоль.

При первичных острых парапроктитах поверхностной локализации необходимо проводить радикальную операцию — иссекать наружную стенку гнойника вместе с пораженными криптами по Габриэлю.

При глубоких (ишиоректальных, пельвиоректальных, ретро-ректальных) острых парапроктитах в целях устранения внутреннего отверстия рекомендуется вскрывать абсцессы с некрэктомией и проведением шелковой лигатуры через внутреннее отверстие.

Если во время операции по поводу острого парапроктита глубокой локализации при введении метиленовой сини в полость абсцесса внутреннее отверстие не выявляется и нет видимого гнойного хода к линии крипт, то можно ограничиться широким дугообразным вскрытием абсцесса и дренированием полости.

Операции по поводу острого парапроктита должны проводиться под внутривенным или масочным наркозом.

## ***9. Свищи прямой кишки***

Под свищами прямой кишки необходимо понимать свищевые ходы, расположенные вблизи заднепроходного отверстия. Прямокишечные свищи также рассматривают как патологический ход или ненормальное сообщение между прямой кишкой и прилежащими тканями, тазовыми органами или кожным покровом промежностно-ягодичной области.

Для свищей прямой кишки характерно частое рецидивирование. Значительная часть рецидивов после операций по поводу свищей прямой кишки зависит от наличия невыявленного внутреннего отверстия.

Формирование свищевых ходов развивается по следующим этапам:

- 1) ворота инфекции на слизистой оболочке анального канала;
- 2) первичный гнойный ход;
- 3) параректальный абсцесс;
- 4) прямокишечный свищ.

Свищи прямой кишки являются следствием острого парапроктита, при котором в одной из морганиевых крипт всегда

имеется более или менее выраженное внутреннее отверстие гнойника.

По анатомическому расположению свищи разделяют на подкожно-подслизистые, ишиоректальные, пельвиоректальные, реторектальные и ректовагинальные.

По отношению к сфинктеру — интрасфинктерные, чрессфинктерные и экстрасфинктерные.

По расположению свищевых отверстий — полные (наружные и внутренние), неполные (наружные и внутренние) с временно рецидивированным внутренним отверстием.

По клинической картине — простые, сложные (ветвистые, с расширениями, затеками, инфильтратами), подковообразные и рецидивные.

**Диагностика** свищей прямой кишки начинается с наружного осмотра, при котором определяются место расположения наружного отверстия свища, количество наружных отверстий, характер отделяемого. Чем ближе наружное отверстие свища к заднему проходу, тем свищ проще.

При пальпаторном исследовании можно определить шнуrowидный тяж, соответствующий ходу свища. Пальцевым исследованием прямой кишки находят внутреннее отверстие свища, которое может располагаться в одной из крипт — передней, задней или боковых.

Исследование свищевого хода пуговчатым зондом является обязательным, оно помогает определить расположение свища по отношению к сфинктеру. Если толщина тканей над зондом не превышает 1 см, то можно предположить интра- или чрессфинктерное направление ситцевого хода.

В тех случаях, когда свищевой ход извитой и зонд не проходит в просвет прямой кишки, в свищевой ход вводят 1%-ный раствор метиленовой сини для определения места расположения внутреннего отверстия свища.

Фистулография применяется при сложных свищах для уточнения направлений дополнительных ходов, наличия затеков, карманов.

Для **лечения** свищей прямой кишки предложено много оперативных вмешательств.

При подкожно-подслизистых, интрасфинктерных свищах применяется операция Габриэля — рассечение по зонду свища и удаление в виде небольшого треугольника покрывающей его кожи и слизистой оболочки.

При чрессфинктерных свищах также применима операция по Габриэлю с ушиванием дна раны и пересеченных волокон сфинктера.

При экстрасфинктерных свищах с незначительными рубцовыми изменениями вокруг внутреннего отверстия возможны пластические операции по Аминеву, Блинничеву или иссечение свищевого хода с ушиванием сфинктера. При рецидивных экстрасфинктерных свищах с большими рубцовыми изменениями, инфильтратами, затеками применяют лигатурный метод.

После иссечения свищевого хода проведенная через внутреннее отверстие шелковая лигатура провизорно завязывается на волокнах сфинктера и часть раны ушивается. Затягивание лигатуры начинается с 9—15-го дня после операции, когда промежуточная рана заполняется грануляциями.

## ***10. Полипы прямой кишки***

Полипы прямой кишки — доброкачественные опухоли слизистой оболочки, сидящие на ножке или на более широком основании. В большинстве случаев полипы обнаруживают в поликлинике на приеме у проктолога или в стационаре.

При пальцевом исследовании прямой кишки полип можно выявить на высоте 7—8 см. Крупные полипы (2—3 см) могут вызывать боли в прямой кишке, дискомфорт, выделение крови и слизи. Мелкие полипы (0,3—0,5 см), как правило, ничем себя не проявляют и обнаруживаются случайно при ректороманоскопии.

По гистологическому строению различают полипы следующих типов.

Простые (гиперпластические) — мелкие новообразования, которые сохраняют морфологическое строение слизистой оболочки с обычным количеством желез, однако в зоне выпячивания их количество увеличивается.

**Аденоматозные, или железистые.** Они представляют собой гиперплазию слизистой оболочки на ножке или широком основании, построены из желез, выстланных цилиндрическим эпителием:

1) полипы с пролиферацией — в этой группе полипов может отмечаться пролиферация эпителия, клетки пролиферирующего эпителия тесно прилегают друг к другу. Ядра при этом могут располагаться на различных уровнях, что создает картину многоядерности эпителия;

2) полипы с малигнизацией — в этой группе полипов имеются выраженные признаки клеточной атипии, что создает картину рака в аденоматозном полипе. В отличие от истинного рака эта группа полипов почти никогда не дает метастазов.

**Ворсинчатые опухоли** — экзофитное новообразование мягкой консистенции, покрытое большим количеством ворсин. Большинство авторов считают ворсинчатые опухоли доброкачественным новообразованием, но с высокой (до 90%) частотой малигнизации.

**Фиброзные опухоли** — соединительно-тканые новообразования с большим количеством сосудов в строме.

Подавляющее большинство авторов придерживаются хирургической тактики лечения полипов прямой кишки. На современном уровне развития онкологии единственный стойкий способ излечения от полипов прямой кишки — их хирургическое удаление.

Виды оперативных вмешательств:

- 1) трансанальное иссечение полипов;
- 2) электрокоагуляция через ректоскоп;
- 3) колотомия;
- 4) резекция кишки.

### ***Рак прямой кишки***

Из всех новообразований прямой кишки рак встречается наиболее часто. Болеют раком прямой кишки лица любого пола и возраста, однако чаще всего от 40 до 60 лет.

В зависимости от его локализации различают анальный рак, рак ампулы прямой кишки и проксимального ее отдела.

**Клиническое течение** рака прямой кишки разнообразно, оно зависит от локализации опухоли, стадии ее развития, степени злокачественности, наличия или отсутствия изъязвления.

Классификации международная клиническая и отечественная сходны с классификациями рака толстого кишечника.

В начальном периоде заболевания независимо от локализации рака в прямой кишке симптомы могут отсутствовать.

К первым, наиболее характерным признакам рака прямой кишки относятся неприятные ощущения в области заднего прохода и крестца, тенезмы, запоры, чередующиеся с поносами, тупая боль при дефекации, выделение крови и слизи (иногда крови и гноя).



Если наступает изъязвление рака заднего прохода, то выделяется кровь. При глубокой инфильтрации сфинктера, при прорастании чувствительных нервов иной раз возникают сильные боли. Как признак развивающегося стеноза обращает на себя внимание лентовидная форма кала. При изъязвляющейся форме рака наступает выраженная анемизация больных, бледно-желтушная окраска кожи. Появляются постоянные сильные боли в области малого таза и крестца, а иногда и дизурические явления при прорастании опухоли в клетчатку таза или соседние органы — предстательную железу, мочеиспускательный канал и т. д.

В некоторых случаях высоко расположенный рак прямой кишки может дать картину острой кишечной непроходимости.

**Диагноз** рака прямой кишки ставится на основании пальцевого исследования, ректороманоскопии и рентгенологического исследования.

При пальцевом исследовании, в тех случаях, когда рак прямой кишки доступен, обнаруживают образование плотной консистенции, особенно у основания и краев, изъязвления с валикообразно утолщенными и уплотненными краями. При высоко расположенных стенозирующих раках отмечают резкое расширение пустой ампулы. В некоторых случаях определяют инфильтрацию стенки прямой кишки без четких границ, следы крови или кровянисто-гнойные выделения на пальце.

Во время ректороманоскопии можно взять кусочек опухоли с участка измененной ткани конхотомом для биопсии.

Рентгенологическое исследование прямой кишки при подозрении на рак проводится с применением небольшого количества контрастной массы. При этом выявляются следующие признаки: ригидность стенки прямой кишки и сужение ее просвета, отсутствие складок слизистой, дефекты заполнения с неровными и нечеткими контурами, расширение кишки выше места сужения, отсутствие в пораженном участке перистальтических движений.

**Дифференциальную диагностику** рака прямой кишки необходимо проводить со следующими заболеваниями: геморроем, туберкулезной язвой перианальной кожи и анального канала, сифилисом и полипами прямой кишки, доброкачественными опухолями, ограниченными инфильтративными парапроктитами, хроническими прямокишечными свищами, хроническими трещи-

нами заднего прохода с каллезными краями и плотным основанием, хроническим язвенным проктитом, хроническими ректовагинальными свищами.

В настоящее время для **лечения** рака прямой кишки применяют различного рода хирургические вмешательства, как радикальные, так и сугубо паллиативные.

Выбор метода хирургического вмешательства зависит от стадии развития (распространения) опухолевого процесса и уровня его расположения.

А. Н. Рыжих оперативные вмешательства на прямой кишке по поводу рака делит на три группы:

- 1) паллиативные операции, цель которых — выведение наружу каловых масс путем наложения калового свища (*anus praeternaturalis*), при этом опухоль остается нетронутой;
- 2) консервативные операции — удаление основного опухолевого очага (эти операции недостаточно радикальны);
- 3) операции, при которых полно и широко удаляют как основной опухолевидный очаг, так и вовлеченные в процесс лимфатические узлы.

Большим в предоперационном и послеоперационном периоде проводятся те же лечебные мероприятия, что и при раке толстой кишки.

## **12. Эпителиально-копчиковые ходы**

Это врожденное заболевание, характеризующееся наличием в подкожной клетчатке хода, выстланного эпителием.

Различают в основном неосложненные и осложненные копчиковые ходы.

При **неосложненных эпителиально-копчиковых ходах** больные жалуются на тупые постоянные боли в крестцово-копчиковой области, особенно при ходьбе и физической нагрузке, зуд и мацерацию кожи в межъягодичной области. Визуально строго в межъягодичной складке на уровне V крестцового позвонка имеется одно или несколько отверстий, из которых выступает пучок длинных тонких, атрофичных волос. Если отверстий много, то они все сообщаются между собой. В стороне от отверстия в крестцово-копчиковой области иногда можно прощупать мягкое опухолевидное образование без воспалительных явлений. Из отверстия

выделяется скудное количество серозной или серозно-гноной жидкости.

При **осложненных эпителиально-копчиковых ходах** наблюдается абсцесс крестцово-копчиковой области на почве эпителиально-копчикового хода, который возникает после травмы. Появляется недомогание, общая слабость, повышение температуры. Местно отмечается болезненная припухлость и инфильтрация в межъягодичной области, кожа над ней приобретает синевато-фиолетовый или красный оттенок. В поздних стадиях появляется зыбление. У края абсцесса строго по межъягодичной складке всегда находится первичное отверстие эпителиально-копчикового хода.

Может иметь место и эпителиально-копчиковый ход с вторичными гнойными свищами и затеками.

После самостоятельного или оперативного вскрытия гнояника наступает временное улучшение, а вслед за ним обострение с образованием нового абсцесса, затем появляются дополнительные свищевые отверстия с затеками. При длительном многолетнем течении болезни наблюдаются множественные свищевые ходы на фоне рубцов и уплотнений кожи крестцово-копчиковой области с обязательным первичным отверстием в межъягодичной складке на уровне крестцово-копчикового сочленения. Это главный дифференциальный симптом, отличающий данное заболевание от хронических парапроктитов и других нагноительных заболеваний крестцово-копчиковой и промежностной областей.

Дифференцировать эпителиально-копчиковый ход с прямокишечным свищом трудно только в том случае, если первичное отверстие эпителиально-копчикового хода расположено атипично. Для уточнения диагноза вводят метиленовую синь в первичное отверстие хода, которая всегда выливается через вторичные свищевые ходы.

**Лечение** эпителиально-копчиковых ходов — довольно трудная задача. Существует большое количество различных методов лечения. Консервативные методы лечения всеми оставлены. Теперь применяют радикальные методы оперативного лечения эпителиально-копчиковых ходов. Первый момент операции все хирурги проводят одинаково. Он состоит в иссечении эпителиально-копчикового хода вместе с его затеками и свищами в пределах здоровой ткани под контролем метиленовой сини. Вторая часть операции выполняется по-разному.

Радикальная операция с глухим швом применяется при неосложненных эпителиально-копчиковых ходах и эпителиально-копчиковых ходах с вторичными свищами и затоками в стадии стойкой ремиссии. Иногда эту операцию проводят и при обострении процесса, но при этом удаляют патологический очаг с тщательным гемостазом, не оставляя мертвых пространств.

Окаймляющим разрезом иссекается ход вместе с вторичными свищами, глубина иссечения лоскута тканей должна достигать надкостницы только в области крестцово-копчикового сочленения, так как ход фиксирован плотной связкой к этому месту. Рана должна быть ладьевидной, ушивается она вертикальными матрацными швами. На рану накладывается повязка со спиртом. Ежедневный контроль раны. При воспалительных явлениях швы частично снимаются. При гладком течении раны швы снимают на 10—12-й день.

Открытый метод лечения (с радикальной операцией и тампонадой раны) применяется при гнойных осложнениях эпителиально-копчикового хода. Под контролем метиленовой сини иссекаются все патологические ткани, выскабливаются костной ложечкой грануляции. Рану тампонируют с мазью Вишневского.

Полуоткрытый метод лечения (с радикальной операцией, частичным ушиванием раны и оставлением дренажа в центре раны) применяется при гнойных осложнениях эпителиально-копчикового хода, особенно если рана после радикального иссечения патологических тканей очень большая.

И, наконец, полужакрытый метод лечения, разработанный в клинике НИИ проктологии. После местной анестезии 0,25%-ным раствором новокаина и маркировки ходов, свищей и затеков метиленовой синью под контролем зонда экономно иссекают ход, вторичные свищи и окружающие рубцы. Если затек и свищ идет далеко в сторону от межъягодичной складки, то делают дополнительный разрез по ходу свища. Получается неправильной формы рана. Дальше края раны подшивают к ее дну отдельными кетгутowymi швами следующим образом: кетгуттовую лигатуру проводят через край кожной раны с каждой стороны, отступая от края 0,6—0,8 см, затем иглу вкалывают в клетчатку по средней линии дна раны. Кетгуттовую нить не завязывают, а берут на зажим. Такие швы накладывают на протяжении всей раны с обеих сторон. Кетгуттовые швы завязывают вначале с одной стороны, а затем —

с противоположной. Полузакрытый метод лечения обеспечивает плотное прилегание кожных лоскутов ко дну раны, исключает возможность скопления экссудата под лоскутом, устанавливает хороший дренаж раны, не создает натяжения кожных лоскутов. Рана заживает крепким рубцом. Для каждого копчикового хода следует выбирать свою операцию.

### **13. Кишечная непроходимость**

Кишечная непроходимость (*ileus*) характеризуется прекращением продвижения содержимого кишечника в направлении от желудка к прямой кишке и является одним из наиболее грозных синдромов, встречающихся в хирургии органов брюшной полости.

Кишечная непроходимость — это комплекс симптомов (синдром), характеризующийся болями, рвотой, задержкой стула, газов, вздутием живота и объединяющий многочисленные заболевания органов брюшной полости с различной этиологией и течением. Правильная и своевременная диагностика кишечной непроходимости играет решающую роль в исходе лечения этого тяжелого заболевания.

I. По механизму возникновения:

- 1) динамическая (функциональная) непроходимость:
  - а) спастическая;
  - б) паралитическая;
- 2) механическая непроходимость:
  - а) обтурационная (обтурация опухолью, закупорка инородным телом, каловым или желчным камнем, клубком аскарид, копростаз);
  - б) странгуляционная (заворот, узлообразование, внутреннее ущемление);
  - в) смешанные формы обтурационной и странгуляционной непроходимости (спаечная, инвагинация);
- 3) сосудистая непроходимость (инфаркт кишечника):
  - а) тромбоз брыжеечных вен;
  - б) тромбоз и эмболии брыжеечных артерий.

II. По клиническому течению:

- 1) острая;
- 2) подострая;
- 3) хроническая.

III. По степени:

- 1) полная;
- 2) частичная.

IV. По стадиям: первая — нервнорефлекторная; вторая — стадия компенсации и органических изменений; третья — терминальная.

#### **Динамическая кишечная непроходимость**

Динамическая кишечная непроходимость возникает в результате нарушения мышечного тонуса кишечника на почве функциональных или органических поражений его иннервационных механизмов. Спастическая кишечная непроходимость (спастический илеус). Наступает при спазме кишечника и может быть вызвана различными факторами: глистными инвазиями, каловыми камнями и другими инородными телами, которые раздражают кишечник со стороны его просвета; ушибами живота, кровоизлияниями в брюшную полость, гематомами и нагноительными процессами забрюшинной клетчатки (механические раздражители кишечника); почечной и печеночной коликами, базальными пневмониями, гемо- и пневмотораксами, которые рефлекторно раздражают кишечник; функциональными и органическими поражениями нервной системы; спазмом сосудов кишечника, дизентерией. Многие из факторов спастического илеуса могут вызвать паралитическую кишечную непроходимость. Так, при отравлениях морфином, никотином, свинцом вначале наступает спазм кишечника, а затем его парез или паралич.

#### **Паралитическая кишечная непроходимость (паралитический илеус)**

Возникает при парезе или параличе кишечника. Наиболее частыми причинами этого вида непроходимости являются перитонит, операционная травма (при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости), излившиеся в брюшную полость кровь, моча или желчь.

#### **Механическая кишечная непроходимость**

При механической непроходимости имеет место нарушение проходимости кишечника в результате какого-либо механического препятствия. Симптоматология механической кишечной непроходимости складывается из болевого и диспепсического синдромов, нарушения гемодинамики и расстройств водно-солевого, белкового, углеводного обменов, из осложняющих факторов, связанных с развитием перитонита.

**Диагноз** выясняется при тщательном сборе анамнеза, объективном клиническом обследовании, рентгенологическом исследовании органов брюшной и грудной полостей, лабораторных исследованиях крови и мочи.

В зависимости от степени нарушения кровоснабжения кишечника механическая непроходимость делится на обтурационную и странгуляционную.

**Клиническая картина** механической кишечной непроходимости чрезвычайно многообразна и зависит от срока заболевания, уровня и вида непроходимости, индивидуальных особенностей больного (возраст, пол, общее состояние к моменту заболевания).

Чем выше уровень непроходимости, тем тяжелее протекает это заболевание.

**Диагностика и лечение.** Большое значение при постановке диагноза кишечной непроходимости имеет анамнез, так как непроходимость не является случайным заболеванием здорового человека, а в большинстве наблюдений представляет осложнение или вторичный симптомокомплекс другого заболевания. При собирании анамнеза необходимо установить, не было ли у больного травм живота, операций на органах брюшной полости, не страдает ли больной язвенной болезнью, холециститом, аппендицитом, а женщины — воспалительными заболеваниями гениталий. Все эти данные могут привести к мысли о наличии у больного спасочной кишечной непроходимости. Далее необходимо уделить внимание деятельности кишечника (наличие запоров, сменяющихся поносами). Важно выяснить, когда и что ел больной перед началом заболевания, не было ли грубых нарушений в режиме и качестве питания или внезапного повышения внутрибрюшного давления при поднятии тяжести и других физических напряжениях.

Начало заболевания бывает острое или постепенное. Острое начало говорит о тяжелой обтурационной или странгуляционной непроходимости или же об острой форме инвагинации. Больные при этом указывают точное время начала заболевания. При обострении хронической кишечной непроходимости часто заболевание начинается не столь бурно.

Один из постоянных симптомов кишечной непроходимости — схваткообразная боль. После затихания она снова появляется. Периодичность и схваткообразный характер боли вызываются усилением перистальтики петель кишечника, находящихся выше препятствия, что связано с натяжением брыжейки.

При постепенно развивающихся обтурационных формах кишечной непроходимости болевой синдром выражен незначительно. В начале заболевания боли локализуются в верхнем или нижнем отделе живота, в левой или правой подвздошной области, в дальнейшем захватывая весь живот и чаще всего иррадируя кверху.

Вторым, почти постоянным признаком кишечной непроходимости является тошнота, сопровождающаяся рвотой. Вначале она имеет рефлекторный характер вследствие раздражения брюшины и стенки кишечника. Каловая рвота указывает на глубокое расстройство перистальтики и соответствует поздней стадии заболевания. В отличие от пищевого и алкогольного отравления при кишечной непроходимости рвота не вызывает чувства облегчения, и у больного остается ощущение, что она снова повторится.

Основным классическим симптомом непроходимости кишечника является задержка стула и газов. В начале заболевания кишечный стаз может зависеть от рефлекторных явлений из места обтурации кишечника, в результате чего наступает паралич кишечника, особенно толстой кишки.

При осмотре живота необходимо обратить внимание на его конфигурацию, общий или местный метеоризм и асимметрию передней брюшной стенки.

В начальном периоде кишечной непроходимости в первую очередь растягивается петля кишки, ближайшая к месту обтурации. Она даже может несколько выступать (ограниченный метеоризм) — симптом Валя. Перкуторно в этом месте живота прослушивается высокий тимпанит. В некоторых случаях при множественных перетяжках петель кишечника, например, спайками, бывают заметны резко выступающие растянутые петли, дающие асимметрию живота.

Важным признаком кишечной непроходимости является заметная на глаз перистальтика кишечника, которая возникает самостоятельно или после легкого раздражения брюшной стенки, например пальпации. Чаще всего начало перистальтики совпадает с усилением болей, а конец — с их уменьшением. Видимая перистальтика также служит достоверным симптомом кишечной непроходимости. Особенно отчетливо выражена перистальтика при хронической обтурационной непроходимости, вызванной опухолями кишечника, при гипертрофии стенки кишечника выше препятствия.



При острой кишечной непроходимости, особенно при странгуляционной, во время пальпации отмечается болезненность живота. Иногда удается пропальпировать очаг непроходимости — опухоль, уплотнение в месте инвагинации, инородное тело, вызвавшее обтурацию.

Большое диагностическое значение при данном заболевании имеет шум плеска, впервые описанный И. П. Складчиковым в 1922 г.

Аускультативно прослушиваются кишечные шумы различной высоты, которые весьма разнообразны по своему характеру (звонкие, трескучие, иногда напоминающие лопанье пузырьков). Наличие кишечных шумов указывает на сохранившуюся перистальтику. Для кишечной непроходимости характерно совпадение кишечных шумов с перистальтикой и приступами болей.

При развитии перитонита в брюшной полости наступает тишина, лишь изредка можно слышать шум падающей капли (симптом Спасокукоцкого) или редкие перистальтирующие шумы на высоких тонах.

При пальцевом исследовании *per rectum* можно обнаружить баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки, «зияющий анус» (симптом Обуховской больницы).

В большинстве случаев температура в начале заболевания нормальная, а при развитии перитонеальных симптомов достигает 37,5—38,5 °С.

Рентгенодиагностика является ценным подспорьем в распознавании кишечной непроходимости. Обзорная рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости без применения контрастных веществ широко используется в нашей стране. Этот метод не требует предварительной подготовки больного, доступен каждому врачу, прост и безопасен.

Рентгенологические признаки кишечной непроходимости: скопление газа в желудочно-кишечном тракте и появление горизонтальных уровней жидкости с газовыми пузырями над ними в виде опрокинутых чаш, получивших название чаш Клойбера.

При лабораторном исследовании крови вследствие ее сгущения наблюдается эритроцитоз, повышение гемоглобина, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитной формулы влево, увеличиваются удельный вес и вязкость крови.

При установлении диагноза кишечной непроходимости в первую очередь необходимо исключить ряд заболеваний органов

брюшной полости — острый аппендицит, прободную язву желудка и двенадцатиперстной кишки, острый холецистит (калькулезный и бескаменный), панкреатит, прободение брюшнотифозной язвы, ущемление грыжи (внутреннее и наружное), внематочную беременность, заболевания женских половых органов. Необходимо исключить и заболевания органов, расположенных вне брюшной полости и дающих сходную с кишечной непроходимостью клиническую картину: почечную колику, острую задержку мочи, заболевания центральной нервной системы, легких и плевры, склероз коронарных сосудов, отравление свинцом и др.

Для **дифференциальной диагностики** динамической и механической непроходимости был предложен ряд лечебных мероприятий (атропин, физостигмин, морфин). Однако наиболее эффективным и совершенно безопасным методом воздействия на патогенез динамической непроходимости являются паранефральная новокаиновая блокада по Вишневскому и теплая ванна.

В большинстве случаев динамической непроходимости при применении вышеуказанных мероприятий у больных через 10—15 мин проходят боли в животе, через 30—45 мин живот становится мягким, затем начинают отходить газы и появляется стул. В тех случаях, когда эти мероприятия не дают полного эффекта в течение 30—45 мин, больному назначают сифонную клизму.

Сифонная клизма, кроме лечебного действия, имеет и диагностическое значение, так как по количеству вошедшей в кишечник жидкости можно судить о высоте непроходимости.

В ряде случаев больные с острой кишечной непроходимостью поступают в хирургический стационар в тяжелом состоянии. Тогда, не теряя времени, непосредственно перед операцией принимают ряд мер по борьбе с сосудистой недостаточностью: устраняют болевые импульсы, увеличивают массу циркулирующей крови, поднимают артериальное давление, кроме того, пополняют недостаток хлоридов в крови и по возможности производят дезинтоксикацию.

Для обезболивания широко применяют наркотические препараты.

Эффективным средством борьбы с острой сосудистой недостаточностью является переливание крови, кроме того, целесообразно переливание полиглобулина, плазмы, белковых препаратов гидролизина, аминокровина и др. Большое значение в борьбе с со-

судистой недостаточностью имеет также введение противошоковых жидкостей. Для поднятия кровяного давления используют кофеин, адреналин, эфедрин и др.

Большое значение при кишечной непроходимости имеет борьба с нарушениями водно-солевого обмена. С этой целью внутривенно капельно вводят физиологический раствор поваренной соли вместе с 5%-ным раствором глюкозы.

Большинство авторов все оперативные вмешательства при кишечной непроходимости делят на три группы:

- 1) устранение причины механической кишечной непроходимости (раскручивание при завороте, дезинвагинация при инвагинации, рассечение странгуляционных сращений, резекция кишки и т. п.);
- 2) наложение различного рода анастомозов для обхода препятствия;
- 3) наложение кишечного свища выше места препятствия.

### ***Отдельные формы и виды механической кишечной непроходимости***

#### **Обтурационная непроходимость**

При обтурационной кишечной непроходимости сдавление брыжейки кишечника с ее сосудисто-нервным аппаратом отсутствует, в связи с чем кровоснабжение кишки в месте обтурации в начале заболевания почти не нарушается. В более поздний срок в приводящем отделе кишечника возникает венозный стаз, и в связи с перерастяжением этого отдела кишечника нарушается проницаемость капилляров, что ведет к цианозу и отеку стенки кишечника.

Причинами обтурационного илеуса могут быть:

- 1) опухоли, вызывающие закупорку просвета кишечника, клубки аскарид, каловые и желчные камни;
- 2) опухоли других органов брюшной полости, воспалительные инфильтраты, которые сдавливают кишечник извне;
- 3) спайки и тяжи, вызывающие перегиб петель кишечника;
- 4) рубцовые стенозы как следствие язвенных процессов в кишечнике (туберкулезного или другого характера).

**Лечение** обтурационной механической непроходимости при раке толстой кишки только оперативное. При развившейся острой кишечной непроходимости с отсутствием симптомов прободения

опухоли вначале необходимо наложить каловый свищ, радикальную операцию провести после ликвидации кишечной непроходимости.

При устранении кишечной непроходимости, вызванной сужением кишечника, характер оперативного вмешательства зависит не только от степени сужения кишки и причины сужения, но и от количества стриктур, их локализации и протяженности сужения.

При подозрении на копростаз проводят консервативное лечение: сифонные клизмы, ручное удаление кала при его задержке в прямой кишке. В случае неэффективности консервативного лечения показана операция.

#### **Странгуляционная кишечная непроходимость**

При странгуляционной непроходимости ущемляется или сдавливается брыжейка кишечника с проходящими в ней сосудами и нервами, что ведет к резкому нарушению кровоснабжения. Характер расстройства кровоснабжения зависит от степени ущемления или сдавления сосудов брыжейки и от состояния кровеносных сосудов до начала заболевания. К странгуляционному илеусу относятся заворот, узлообразование, ущемление кишечных петель спайками и тяжами во внутренних грыжевых кольцах и врожденных дефектах брыжейки.

#### **Заворот**

Заворотом (*volvulus*) называется поворот кишечника на большем или меньшем протяжении вокруг оси ( $270^\circ$ ,  $360^\circ$ ) перпендикулярно кишке и линии корня брыжейки. Следуя при этом за кишечными петлями, брыжейка перекручивается.

Анатомические предпосылки для возникновения заворота — наличие достаточно длинной брыжейки, соотношение ширины основания брыжейки и ее длины (чем уже основание, тем более сближаются приводящие и отводящие петли (ножки) соответствующего отдела кишечника). Таким образом, возникает исходное положение для заворота.

В **этиологии** заворотов, несомненно, большую роль играют и алиментарные причины.

Одним из наиболее частых видов странгуляционной кишечной непроходимости является **заворот тонкой кишки**.

Наиболее ранний симптом заворота тонкой кишки — острая, не поддающаяся описанию боль, которая чаще локализуется в эпигастральной или пупочной области и реже — в правой половине или внизу живота. Кроме того, характерным и ранним

признаком является рвота съеденной накануне пищей. Вначале она имеет рефлекторный характер, но в результате раздражения ущемленных брыжеечных нервных стволов в дальнейшем становится частой, обильной и приобретает желчный характер. Чем выше уровень заворота, тем раньше наступает рвота и бывает чаще и обильнее.

К ранним и постоянным признакам относится также задержка стула и газов. У некоторых больных тотчас после наступления заворота появляется ложный позыв на стул и мочеиспускание, иногда в первые часы заболевания происходит акт дефекации за счет содержимого нижнего отдела кишечника, но облегчения от этого не наступает.

В начале заболевания брюшная стенка не напряжена и при поверхностной пальпации безболезненна. При глубокой пальпации отмечается болезненность и иногда прощупывается тестоватый конгломерат петель кишечника. Перкуторно в отлогих местах брюшной полости определяется свободный выпот. Из акустических феноменов наиболее характерным и ранним является шум плеска.

Рентгенологическое исследование брюшной полости помогает установить диагноз тонкокишечной непроходимости и в некоторой степени ее уровень.

Вышеописанная симптоматика наблюдается не только при заворотах тонкой кишки, но и при других видах странгуляционной непроходимости тонкой кишки.

При наличии симптомов заворота тонкой кишки необходимо немедленно провести операцию, не дожидаясь появления всей классической картины заболевания.

Объем и характер операции при завороте тонкой кишки зависят от анатомических изменений и функционального состояния пораженных петель кишки. При жизнеспособной кишке в случае появления перистальтики и пульсации сосудистых аркад ограничиваются раскручиванием, иногда дополнительно рассекают спайки, которые способствуют завороту.

При явных признаках омертвения (черный цвет и тусклость серозного покрова кишки, наличие ихорозно-геморрагического перитонита) проводят резекцию кишки вместе с пораженной частью брыжейки на 30—40 см выше и ниже пораженного участка.

При сомнении в жизнеспособности кишки прибегают к согреванию кишечных петель салфетками, смоченными теплым физиологическим раствором поваренной соли.

**Заворот сигмовидной кишки** представляет собой наиболее частую форму странгуляционной кишечной непроходимости и несколько превосходит по частоте заворот тонкой кишки. Причины заворота сигмовидной кишки те же, что и при заворотах других отделов кишечника.

Заворот сигмовидной кишки развивается либо бурно, сопровождаясь шоком (острая форма), либо постепенно, с предшествующими запорами, атонией кишок и даже частичной непроходимостью (подострая форма). У большинства больных он протекает легче, чем завороты вышележащих отделов ободочной и тонкой кишок, а его начало, клиническое течение и исход зависят от общего состояния больного к началу заболевания.

Для **диагностики** заворота сигмовидной кишки большое значение имеет анамнез. У многих больных, особенно пожилого возраста, в прошлом отмечались кишечные расстройства, характерные для мегасигмы и мегаколона: упорные запоры, чередующиеся с поносами, вздутие живота. У одних больных ранее протекавшие завороты сигмы были ликвидированы при помощи консервативных мероприятий, у других — при помощи паллиативных операций.

Для острой формы заболевания характерны внезапные сильные схваткообразные боли в животе, чаще без точной локализации или с локализацией в левой половине, иногда шок, задержка стула и газов, сопровождающиеся сильным вздутием живота. Обычно шоком сопровождаются случаи, которые носят название «черной сигмы» и представляют собой остро развившуюся гангрену этой кишки.

При подострой форме заворота сигмовидной кишки вся симптоматика выражена слабее.

Часто ранним признаком заворота сигмовидной кишки является асимметрия живота, при которой выступает растянутая кишечная петля, располагающаяся по косой линии слева сверху и идущая вправо вниз (косой живот Байера). Пульс в начальном периоде мало изменен, при начинающемся перитоните учащается, температура в большинстве случаев нормальная. Видимая перистальтика наблюдается редко, как и шум плеска.

Важным диагностическим мероприятием при этом заболевании является рентгеноскопия.

**Лечение** заворота сигмовидной кишки, особенно его подострых форм, необходимо начинать с консервативных мероприятий (паранефральная новокаиновая блокада по Вишневскому, промывание желудка, сифонные клизмы). В случае неэффективности консервативного лечения следует решать вопрос об оперативном вмешательстве.

#### **Узлообразование кишечника**

Это один из наиболее редких и наиболее тяжелых видов странгуляционной кишечной непроходимости, так как при этой форме происходит сдавление брыжейки обеих петель кишечника, участвующих в узлообразовании, причем одна из них всегда относится к тонкой кишке.

Различают четыре основных вида узлообразования:

- 1) между сигмовидной и тонкой кишками;
- 2) между двумя различными петлями тонких кишок;
- 3) между тонкой кишкой и илеоцекальным углом;
- 4) между сигмовидной кишкой и илеоцекальным углом.

Узлообразование чаще всего возникает ночью и проявляется тяжелым постоянным болевым синдромом. Больные при этом бывают крайне беспокойны, мечутся в кровати, часто меняют положение тела, многие из них принимают согнутое или коленно-локтевое положение.

Боли чаще локализуются в пупочной или подложечной области, носят постоянный характер с периодическими усилениями. Большой частью газы не отходят, стула также нет, хотя он может и быть в первые часы. Лицо и кожные покровы быстро приобретают землисто-серый оттенок, покрываются липким холодным потом, появляется акроцианоз, язык становится сухим. Напряжение мышц брюшного пресса, довольно сильное в начале заболевания, вскоре почти исчезает. Вследствие быстро развивающегося пареза кишечника перистальтика не прослушивается и петли кишечника не контурируются через переднюю стенку. В брюшной полости скапливается обильный выпот, в дальнейшем по мере омертвления петель кишечника развивается картина перитонита.

Рентгеноскопически в ущемленных петлях кишечника наблюдается наличие газа и горизонтальных уровней жидкости.

Единственным методом **лечения** узлообразования является раннее оперативное вмешательство. Даже при неопределяемом артериальном давлении и непальпируемом пульсе оно может спасти жизнь больного. Под **инвагинацией** понимают внедрение одной кишки в другую. Чаще всего она развивается по ходу перистальтики кишечника, но иногда и ретроградным (восходящим) путем. Практически тонкая кишка может внедряться в тонкую, тонкая в толстую и толстая в толстую. Наиболее часто встречается илеоцекальная инвагинация. Вместе с петлей инвагинации подвергается и брыжейка кишки. В результате возникшего в этой области нарушения кровообращения, а также воспалительного отека формируется опухолевидное образование, состоящее из трех цилиндрических слоев кишечной стенки (простая инвагинация). Различают головку инвагината (верхнюю границу внедрившейся кишки) и его шейку (место перехода наружного слоя в средний). Наряду с общими симптомами, характерными для острой кишечной непроходимости (остро наступившая схваткообразная боль в животе, рвота, вздутие живота, отсутствие стула и газов, видимая перистальтика), инвагинация имеет и свои специфические признаки — прощупываемую опухоль инвагината и кровянисто-слизистый стул.

Чем острее протекает заболевание, интенсивнее нарушено кровообращение в инвагинате и ниже по протяжению кишечника уровень внедрения, тем скорее появляются кровянистые выделения.

**Клиническое течение** инвагинации может быть острым, подострым и хроническим. В детском возрасте, особенно у грудных детей, большинство инвагинаций протекает тяжело.

При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости с кишечной инвагинацией обнаруживаются типичные рентгенологические признаки непроходимости: горизонтальные уровни (чаши Клойбера) и скопление газа в кишечнике. В зависимости от клинического течения инвагинацию необходимо дифференцировать с острым аппендицитом, аппендикулярным инфильтратом, опухолями кишечника, колитом и глистными инвазиями (с последними главным образом у детей).

**Лечение** инвагинаций оперативное.

#### **Спаечная кишечная непроходимость**

Спайки и тяжи в брюшной полости возникают после перенесенных острых диффузных или ограниченных перитонитов,



травм живота и кровоизлияний. Спаечная кишечная непроходимость может быть на любом уровне кишечника. Часто сальник спаивается с послеоперационным рубцом брюшины или с органами, травмированными во время операции. Спаечная кишечная непроходимость может протекать в виде странгуляционного, обтурационного и смешанного илеуса. Последняя форма представляет собой сочетание механической и динамической непроходимости.

Во всех случаях показана операция.

---

---

## ЛЕКЦИЯ № 4. Заболевания органов панкреато-билиарной системы

---

---

### **Краткая анатомо-физиологическая характеристика зоны.**

**Печень** (*hepar*) располагается в верхнем отделе брюшной полости, асимметрично средней линии тела, большая часть ее занимает правое подреберье и надчревную область, а меньшая помещается в левом подреберье.

Печень имеет клиновидную форму, различают верхнюю, нижнюю и заднюю ее поверхности. В брюшной полости печень располагается мезоперитонеально. Верхняя поверхность печени полностью покрыта брюшиной, на нижней поверхности брюшинный покров отсутствует только в области расположения борозд, задняя поверхность лишена брюшинного покрова на значительном расстоянии.

Покрывающая печень брюшина переходит на соседние органы и в местах перехода образует связки, все они, кроме печеночно-почечной, являются удвоенными листками брюшины. К ним относятся венечная, серповидная, левая треугольная, правая треугольная, печеночно-почечная, печеночно-желудочная, печеночно-двенадцатиперстная связки.

Кровь поступает в печень через печеночную артерию и воротную вену.

**Общая печеночная артерия** (*a. hepatica communis*) отходит обычно от чревной артерии и располагается в забрюшинном пространстве вдоль верхнего края поджелудочной железы, затем она делится на собственно печеночную и желудочно-двенадцатиперстную артерии. У ряда людей (30% случаев) в артериальном кровоснабжении печени принимают участие добавочные печеночные артерии. Артериальная кровь, богатая кислородом, составляет треть объема всей крови, поступающей в печень.

**Воротная вена** (*v. portae*) собирает кровь почти из всего кишечника, желудка, поджелудочной железы и селезенки. Объем крови, поступающей в печень через воротную вену, достигает 2/3 циркулирующей крови в этом органе. Она богата химически-

ми продуктами, которые составляют основу синтеза в процессе пищеварения.

Воротная вена формируется позади поджелудочной железы, на границе перехода головки в тело железы соответственно I поясничному позвонку, а ее корнями наиболее часто являются верхняя брыжеечная и селезеночная вены.

**Печеночными венами** (*vv. hepaticae*), которые впадают в нижнюю полую вену вблизи прохождения ее через отверстие диафрагмы, осуществляется отток венозной вены из печени.

**Желчный пузырь** (*vesica fellea*) располагается в *fossa vesicae felleae* печени, имеет веретенообразную или грушевидную форму, вмещает в себя 40—60 мл желчи, длина его составляет 5—13 см, ширина у основания — 3—4 см. Отношение желчного пузыря к брюшине непостоянно. Шейка пузыря находится у ворот печени и продолжается в пузырьный проток. Кровоснабжение желчного пузыря осуществляется из пузырьной артерии (*a. cystica*), которая чаще всего отходит от правой ветви печеночной артерии.

**Желчные протоки** — наружные желчные пути — представляют собой систему протоков, отводящих желчь из печени в кишечник. Начало их составляют сливающиеся под тупым углом в воротах печени два ствола из желчных ходов (*duct, hepaticus*) обеих печеночных долей и создающийся из них общий печеночный проток (*duct, hepaticus communis*). Последний направляется в дальнейшем вниз и вправо до встречи с протоком желчного пузыря (*duct, cysticus*). Продолжением общего печеночного и пузырьного протоков служит общевыводящий желчный проток (*duct, choledochus*), который сохраняет направление *duct, hepaticus communis* и идет в толще и вдоль свободного края *lig. hepato-duodenale* вплоть до места прикрепления связки к двенадцатиперстной кишке. Далее проток спускается ниже, пересекая сзади горизонтальную часть двенадцатиперстной кишки. Подойдя к внутренней стенке нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки, общий выводящий желчный проток косо ее прободает и открывается в просвет кишки на вершине фатеровой ампулы (фатеров сосок) раздельно или совместно с протоком поджелудочной железы.

**Поджелудочная железа** (*pancreas*) представляет собой продолговатый призматический по форме орган, располагающийся забрюшинно и лежащий почти поперек задней стенки брюшной полости.

Поджелудочная железа играет большую роль в процессах пищеварения и обмена веществ. Внешнесекреторная деятельность ее состоит в выделении в двенадцатиперстную кишку панкреатического сока.

Панкреатический сок имеет щелочную реакцию (рН 8,4) благодаря наличию двууглекислого натрия и представляет собой бесцветную жидкость. За сутки поджелудочная железа выделяет 1500—2000 мл панкреатического сока, а печень — 500—1200 мл желчи.

В состав панкреатического сока входят ферменты, имеющие большое значение в процессах пищеварения, — трипсин, липаза, амилаза, мальтаза, лактаза, инвертаза, нуклеаза, а также в значительном количестве трипсин и ренин.

Главный панкреатический проток (*ductus Wirsungi*) проходит через всю длину поджелудочной железы от хвоста до головки, ближе к задней ее поверхности. Он образуется из слияния мелких протоков долек железы. В головке поджелудочной железы этот проток соединяется с добавочным протоком (*duct, accessorius, s. Santorini*), а затем, делая небольшой изгиб вниз, с общим желчным протоком проникает в заднюю стенку нисходящей части двенадцатиперстной кишки, открывается в *papilla Vateri*, отстоящий на 2—10 см от привратника желудка.

Взаимоотношения между *duct. Wirsungi* и *duct. Santorini* могут быть самые различные. Интимное отношение *duct, choledochus* с головкой поджелудочной железы, различные взаимоотношения общего желчного протока с главным панкреатическим протоком и, наконец, их связь с двенадцатиперстной кишкой имеют большое значение для понимания механизма развития патологических процессов в поджелудочной железе, желчных путях и двенадцатиперстной кишке.

В одних случаях воспалительный процесс может переходить с желчных путей на паренхиму поджелудочной железы, в других — с поджелудочной железы в желчные протоки.

Сфинктер Одди имеет мощную циркулярную мускулатуру вокруг общего желчного протока и продольные мышечные волокна в его углу и в панкреатическом протоке. Вокруг ампулы фатерова соска также имеется мускулатура, состоящая из циркулярных и продольных мышечных волокон.

Нормально функционирующий сфинктер плотно закрывает вход в оба протока, препятствуя тем самым проникновению со-

держимого из кишечника. Нарушение функции сфинктера может способствовать развитию панкреатита.

Желчеотделение является специфической функцией печени. За сутки в норме у человека выделяется от 500 до 1200 мл желчи, однако дуоденальным зондом удалось получить до 4000 мл. Желчь участвует в кишечном пищеварении: способствует нейтрализации кислот пищевой кашицы, поступающей из желудка в двенадцатиперстную кишку, расщеплению (гидролизу) и всасыванию жиров и жирорастворимых витаминов, возбуждающе действует на перистальтику толстого кишечника.

Огромна роль печени, являющейся сложной биохимической лабораторией, в межклеточном обмене веществ. В печени основная часть углеводов, поступающих с кровью воротной вены из кишечника, перерабатывается в гликоген. Печень является своеобразным барьером, где обезвреживаются продукты распада — кишечные токсины, токсические лекарственные препараты и др.

Печень находится в тесной функциональной связи с почками. Она разрушает яды, а почки выделяют менее ядовитые продукты, получающиеся вследствие антитоксической функции печени. Поэтому при некоторых заболеваниях эти два органа поражаются часто одновременно или последовательно.

**Методы исследования печени.** Все методы исследования печени можно разделить на три группы: лабораторные, рентгенологические и специальные.

Лабораторные методы исследования. К ним следует отнести исследования:

- 1) пигментного обмена (билирубин крови, мочи, стеркобилин в кале, уробилин и желчные кислоты в моче);
- 2) белкового обмена (определение протромбина);
- 3) сывороточных ферментов — трансаминаз, щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы;
- 4) экскреторной функции печени (бромсульфалеиновая проба);
- 5) углеводного обмена (проба с галактозой);
- 6) жирового обмена.

Лабораторные биохимические методы исследования функционального состояния печени при клиническом обследовании больных с печеночной патологией способствуют уточнению диагноза, выясняют степень тяжести состояния, активность патологического процесса, позволяют точнее оценить эффективность лечения и сделать прогноз.

Рентгенологические методы исследования. Пневмоперитонеография — введение газа в брюшную полость с последующим рентгенологическим исследованием правого поддиафрагмального пространства.

Трансумбиликальная портогепатография — введение контрастных веществ в портальную систему через разбуживанную пупочную вену, лежащую внебрюшинно. Этот доступ также используется для измерения внутрипортального давления. Внутрипортальное давление с неизменным портальным кровообращением в среднем составляет 120—180 мм вод. ст., повышение его свыше 200 мм вод. ст. указывает на портальную гипертензию.

После измерения внутрипортального давления приступают к трансумбиликальной портогепатографии.

Трансумбиликальная манометрия и портогепатография дают полное представление об истинных цифрах внутрипортального давления и более полную информацию о сосудистой структуре самой печени, о стволе воротной вены, характере внутри- и внепеченочных анастомозов и коллатералей.

В особо сложных случаях рекомендуется применять комплексное ангиографическое исследование — трансумбиликальную портогепатографию и манометрию в сочетании со спленопортографией и спленоманометрией.

Цилиакография — селективная ангиография ветвей брюшной аорты. В последнее время она находит все более широкое применение благодаря диагностическим возможностям, а наиболее распространенным ее методом является пункция через бедренную артерию по Сельдингеру под местной анестезией 0,25%ным раствором новокаина. Цилиакография дает важные данные о состоянии артериального кровоснабжения печени и селезенки.

Прямая портография — введение рентгеноконтрастного вещества в мезентериальные сосуды — позволяет уточнить характер и степень расстройства портального кровообращения (состояние вне- и внутрипеченочного портального русла), выявить коллатерали, не контрастированные при спленопортографии, помогает определить объем оперативного вмешательства.

Специальные методы исследования. Применение методов радиоизотопной диагностики для исследования функции и структуры печени. Одна из задач радиоизотопного сканирования — определение локализации печени и топографического положения

различных внутripеченочных новообразований по отношению к общепринятым скелетопическим ориентирам.

Реография — регистрация на реограммах колебаний электрической проводимости, вызванных изменениями кровенаполнения исследуемого органа в сердечном цикле, при пропускании через тело тока высокой частоты. Колебания проводимости регистрируются реографом, выход которого подключают к электрокардиографу. Реограммы печени изменяются как при различных формах диффузных поражений, так и при очаговых.

Эхография — применение ультразвука, основанное на неравномерном отражении ультразвуковых волн от тканей или органов вследствие их различного акустического сопротивления.

Лапароскопию применяют в тех случаях, если другими методами невозможно поставить диагноз заболевания печени. Современные лапароскопы снабжены фото- и кинокамерой. В хирургической гепатологии лапароскопию применяют в целях диагностики очаговых поражений печени (опухолей, кист), рака желчного пузыря, для дифференциальной диагностики желтух. Лапароскопия не заменяет пробную лапаротомию.

Пункционная биопсия печени в последние годы находит все более широкое применение в клинике. Существует три метода получения биопсийного материала из печени:

- 1) чрескожная, или слепая, биопсия;
- 2) биопсия под контролем лапароскопа (прицельная биопсия);
- 3) хирургическая, или открытая, биопсия.

**Методы исследования желчного пузыря и желчных протоков.** К специальным методам исследования желчного пузыря и желчных протоков относится хроматическое дуоденальное зондирование (красочная проба Фебреса) и пероральная, внутривенная или инфузионная холеграфия.

При дуоденальном зондировании с применением красочной пробы Фебреса больному за 14 ч до зондирования дают перорально 0,15 г метиленовой сини и в течение этого времени запрещают есть и пить. Д. Фебрес (1942 г.) установил, что метиленовая синь, введенная внутрь, выводится частично почками, частично печенью. При выделении из печени она становится бесцветной, но в желчном пузыре вновь превращается в хромоген и окрашивает пузырную желчь в синевато-зеленоватый цвет, порции «А» и «С» имеют обычный желтый цвет.

Важную роль играет лабораторное и микроскопическое исследование полученных порций желчи («А», «В», «С»).

Рентгенологическое исследование желчных путей при хроническом холецистите дает возможность установить калькулезные и некалькулезные формы, выделить больных с нефункционирующим (отключенным) желчным пузырем.

В основе холецистографии лежат физиологические механизмы: способность печени извлекать из крови и выделять с желчью некоторые контрастные вещества, а желчного пузыря — концентрировать их в своем содержимом. В настоящее время для холецистографии используют в основном пероральный путь введения контрастного вещества билитраста.

Холеграфия — рентгенологический метод исследования, при котором на рентгенограмме получают изображение не только желчного пузыря, но и желчных протоков.

Как и холецистография, холеграфия основана на способности печени выделять из крови с желчью органические соединения йода. Для холеграфии применяют контрастные вещества, с высокой гепатотропностью, содержащие много йода (билигност, адипиодон, холеграфин, эндографин, биливпетан и др.).

Внутривенная холеграфия. Рентгеновские снимки делают в течение часа через каждые 15 мин после введения всей дозы препарата, затем через 1,5—2 ч. Контрастирование желчных протоков наступает на 15-й, а желчного пузыря на 30—60-й минуте. Максимальная интенсивность тени пузыря наблюдается через 1,5—2 ч после введения билигноста. После приема больным двух яичных желтков изучается сократительная способность желчного пузыря.

Тучным больным необходимо применять 20 мл 50%-ного раствора билиграфина. Детям билигност вводят в дозе 0,1—0,3 г на 1 кг веса тела.

Холангиография — рентгенологический метод исследования желчевыводящих путей после введения контрастного вещества непосредственно в желчный пузырь или в один из желчных протоков на операционном столе (прямая операционная холангиография).

**Методы исследования поджелудочной железы.** Диагноз заболевания поджелудочной железы ставится на основании анамнеза, клинической картины, физических, лабораторных,



функциональных методов исследования и рентгенологических данных.

А. А. Шелагуров указывал, что основными симптомами различных заболеваний поджелудочной железы являются боли в верхней половине живота, диспепсические явления, похудание, нарушение деятельности кишечника (запор, понос), повышение температуры, желтуха, иногда жажда, сопровождающаяся глюкозурией, множественные тромбозы, расстройства со стороны психики и нервной системы.

Методами функционального исследования поджелудочной железы определяют состояние ее внешней и внутренней секреции.

Исследование внешнесекреторной функции поджелудочной железы основано главным образом на определении количества выделенных ею ферментов (L-амилаза, липаза, трипсин, ингибиторы трипсина) в крови, моче и дуоденальном содержимом. Исследуют также кал на содержание в нем жира, азота и непереваренных мышечных волокон.

Внутренняя секреция поджелудочной железы определяется при двойной нагрузке глюкозой, этот метод предложен Штаубом и Трауготтом.

Рентгенологический метод исследования заболеваний поджелудочной железы строится или на основании обследования самой поджелудочной железы, или на косвенных признаках, выявляющихся со стороны желудка, двенадцатиперстной кишки и кишечника.

Обзорная рентгенография может выявить камни в поджелудочной железе, обызвествление поджелудочной железы.

Большое значение в диагностике различных заболеваний поджелудочной железы имеет сканирование, цитологическое исследование и биопсия железы.

## ***1. Острый холецистит***

Острый холецистит — воспаление желчного пузыря.

Наиболее приемлема следующая классификация острого холецистита.

I. Неосложненные холециститы.

1) Катаральный (простой) холецистит (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего.

2) Деструктивный (калькулезный или бескаменный), первичный или обострение хронического рецидивирующего:

- а) флегмонозный, флегмонозно-язвенный;
- б) гангренозный.

II. Осложненные холециститы:

1) Окклюзионный (обтурационный) холецистит (инфицированная водянка, флегмона, эмпиема, гангрена желчного пузыря).

2) Прободной с явлениями местного или разлитого перитонита.

3) Острый, осложненный поражением желчных протоков:

- а) холедохолитиаз, холангит;
- б) стриктура холедоха, папиллит, стеноз фатерова соска.

4) Острый холецистопанкреатит.

5) Острый холецистит, осложненный пропотным желчным перитонитом.

Главным симптомом при остром холецистите является боль, возникающая, как правило, внезапно среди полного здоровья, нередко после еды, ночью во время сна. Боль локализуется в правом подреберье, но может распространяться и в эпигастральную область с иррадиацией в правое плечо, лопатку, надключичную область. В некоторых случаях перед ее появлением больные в течение нескольких дней, даже недель, ощущают тяжесть в подложечной области, горечь во рту, тошноту. Сильные боли связаны с реакцией стенки желчного пузыря на увеличение в нем содержимого в результате нарушения оттока при воспалительном отеке, перегибе пузырного протока или при закупорке последнего камнем.

Нередко отмечается иррадиация болей в область сердца, тогда приступ холецистита может протекать как приступ стенокардии (холецистокоронарный синдром Боткина). Боль усиливается при малейшем физическом напряжении — разговоре, дыхании, кашле.

Наблюдается рвота (иногда многократная) рефлекторного характера, не приносящая больному облегчения.

При пальпации определяется резкая болезненность и напряжение мышц в правом верхнем квадрате живота, особенно резкая болезненность в области расположения желчного пузыря.

Объективные симптомы не при всех формах острого холецистита выражены одинаково. Учащение пульса до 100—120 ударов в минуту, явления интоксикации (сухой, обложенный язык)

характерны для деструктивного холецистита. При осложненном холецистите температура достигает 38 °С и выше.

При анализе крови наблюдаются лейкоцитоз, нейтрофилез, лимфопения, повышенная скорость оседания эритроцитов.

К специфическим симптомам острого холецистита относятся:

- 1) симптом Грекова—Ортнера — перкуторная боль, появляющаяся в области желчного пузыря при легком поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге;
- 2) симптом Мерфи — усиление боли, возникающее в момент ощупывания желчного пузыря при глубоком вдохе больного. Большой палец левой кисти врач помещает ниже реберной дуги, в месте нахождения желчного пузыря, а остальные пальцы — по краю реберной дуги. Если глубокий вдох больного прерывается, не достигнув высоты, вследствие острой боли в правом подреберье под большим пальцем, то симптом Мерфи положительный;
- 3) симптом Курвуазье — увеличение желчного пузыря определяется при пальпации удлинённой части его дна, которое довольно четко выступает из-под края печени;
- 4) симптом Пекарского — болезненность при надавливании на мечевидный отросток. Он наблюдается при хроническом холецистите, его обострении и связан с раздражением солнечного сплетения при развитии воспалительного процесса в желчном пузыре;
- 5) симптом Мюсси—Георгиевского (френикуссимптом) — болезненность при пальпации в надключичной области в точке, расположенной между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа;
- 6) симптом Боаса — болезненность при пальпации околопозвоночной зоны на уровне IX—XI грудных позвонков и на 3 см правее позвоночника. Наличие болезненности в этом месте при холецистите связано с зонами гиперестезии Захарьина—Геда.

#### **Неосложненные холециститы**

Катаральный (простой) холецистит может быть калькулезным или бескаменным, первичным или как обострение хронического рецидивирующего. Клинически он в большинстве случаев протекает спокойно. Боль обычно тупая, появляется постепенно в верхней половине живота; усиливаясь, локализуется в правом подреберье.

При пальпации отмечается болезненность в области желчного пузыря, там же положительные симптомы Грекова—Ортнера, Мерфи. Перитонеальные симптомы отсутствуют, количество лейкоцитов в пределах  $8,0—10,0 \times 10^9/\text{л}$ , температура  $37,6\text{ }^\circ\text{C}$ , редко — до  $38\text{ }^\circ\text{C}$ , ознобов нет.

Приступы болей продолжаются несколько дней, но после консервативного лечения проходят.

Острый деструктивный холецистит может быть калькулезным или бескаменным, первичным или обострением хронического рецидивирующего.

Деструкция может носить флегмонозный, флегмонозно-язвенный или гангренозный характер.

При флегмонозном холецистите боли постоянного характера, интенсивные. Язык сухой, повторная рвота. Может быть небольшая желтушность склер, мягкого неба, что обусловлено инфильтрацией гепатодуоденальной связки и воспалительным отеком слизистой оболочки желчных протоков. Моча темно-коричневого цвета. Больные лежат на спине или на правом боку, боясь изменить положение в спине, поскольку в этом случае возникают сильные боли. При пальпации живота наблюдается резкое напряжение мышц передней брюшной стенки в области правого подреберья, там же имеют место положительные симптомы Грекова—Ортнера, Мерфи, Щеткина—Блюмберга. Температура достигает  $38\text{ }^\circ\text{C}$  и выше, лейкоцитоз  $12,0—16,0 \times 10^9/\text{л}$  со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. При распространении воспалительного процесса на весь желчный пузырь и скоплении в нем гноя образуется эмпиема желчного пузыря.

Иногда флегмонозный холецистит может перейти в водянку желчного пузыря.

Гангренозный холецистит в большинстве случаев является переходной формой флегмонозного, но может возникнуть и как самостоятельное заболевание в виде первичного гангренозного холецистита сосудистого генеза.

**Клиника** вначале соответствует флегмонозному воспалению, затем может наступить так называемое мнимое благополучие: уменьшается боль, менее выражены симптомы раздражения брюшины, снижается температура. Однако при этом нарастают явления общей интоксикации: частый пульс, сухой язык, повторная рвота, заостренные черты лица.

Первичный гангренозный холецистит с самого начала протекает бурно с явлениями интоксикации и перитонита.

#### **Осложненные холециститы**

Окклюзионный (обтурационный) холецистит развивается при закупорке пузырного протока конкрементом и проявляется вначале типичной картиной желчной колики, что служит наиболее характерным признаком желчнокаменной болезни. Резкая боль возникает внезапно в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку, в область сердца и за грудину. Больные ведут себя беспокойно, на высоте приступа появляется рвота, иногда многократная. Живот может быть мягким, при этом пальпируется резко болезненный, увеличенный и напряженный желчный пузырь.

Приступ желчной колики может продолжаться несколько часов или 1—2 дня и при обратном отхождении камня в желчный пузырь внезапно окончиться. При длительной закупорке пузырного протока и присоединении инфекции развивается деструктивный холецистит.

Прободной холецистит протекает с явлениями местного или разлитого перитонита. Момент прободения желчного пузыря может остаться для больного незамеченным. Если к желчному пузырю прирастают соседние органы — большой сальник, гепатодуоденальная связка, поперечно-ободочная кишка и ее брыжейка, т. е. процесс ограничен, то развиваются такие осложнения, как подпеченочный абсцесс, местный ограниченный перитонит.

Острый холецистит, осложненный поражением желчных протоков, может протекать с клиническими проявлениями холедохолитиаза, холангита, стриктуры холедоха, папиллита, стеноза фатерова соска. Основным симптом этой формы — механическая желтуха, наиболее частой причиной которой являются конкременты общего желчного протока, обтурирующие его просвет.

При закупорке общего желчного протока камнем заболевание начинается с острых болей, характерных для острого калькулезного холецистита, с типичной иррадиацией. Затем через несколько часов или на следующий день появляется обтурационная желтуха, приобретающая стойкий характер, сопровождается сильным кожным зудом, темной мочой и обесцвеченным (ахоличным) замазкообразным калом.

Вследствие присоединения инфекции и распространения ее на желчные протоки развиваются симптомы острого холангита.

Для острых гнойных холангитов характерны явления тяжелой интоксикации — общая слабость, отсутствие аппетита, желтушная окраска кожных покровов и слизистых. Постоянные тупые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую половину спины, тяжесть в области правого подреберья, при поколачивании по правой реберной дуге — резкая болезненность. Повышается температура тела по ремиттирующему типу, с обильным потоотделением и ознобами. Язык сухой, обложен. Печень при пальпации увеличенная, болезненная, мягкой консистенции. Отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитной формулы влево. При биохимическом исследовании крови наблюдается повышение содержания прямого билирубина и понижение содержания протромбина в плазме крови. Заболевание может осложниться опасными для жизни холемическими кровотечениями и печеночной недостаточностью.

**Дифференциальная диагностика.** Острый холецистит необходимо дифференцировать с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, острым панкреатитом, острым аппендицитом, острой коронарной недостаточностью, инфарктом миокарда, острой кишечной непроходимостью, пневмонией, плевритом, тромбозом мезентериальных сосудов, почечнокаменной болезнью с локализацией конкремента в правой почке или правом мочеточнике, а также с заболеваниями печени (гепатит, цирроз) и дискинезией желчных путей. **Дискинезию желчных путей** необходимо дифференцировать с острым холециститом, что имеет практическое значение для хирурга при лечении этого заболевания. Дискинезия желчных путей — это нарушение их физиологических функций, приводящее к застою желчи в них, а в дальнейшем и к болезни. Дискинезия в желчных путях в основном складывается из расстройств со стороны желчного пузыря и замыкающего аппарата нижнего конца холедоха.

К дискинезии относят:

- 1) атонические и гипотонические желчные пузыри;
- 2) гипертонические желчные пузыри;
- 3) гипертонию и спазм сфинктера Одди;
- 4) атонию и недостаточность сфинктера Одди.

Применение холангиографии до операции дает возможность распознать у больных основные разновидности этих расстройств.

Дуоденальное зондирование дает возможность установить диагноз атонического желчного пузыря, если наблюдается ненормально обильное истечение интенсивно окрашенной желчи, наступающее сразу или только после второго-третьего введения сернокислой магнезии.

При холецистографии в положении больного на животе на холецистограмме видна картина дряблого вытянутого пузыря, расширенного и дающего более интенсивную тень у дна, где собирается вся желчь.

**Лечение.** При установлении диагноза «острый холецистит» больной срочно должен госпитализироваться в хирургический стационар. Все операции при остром холецистите разделяют на экстренные, неотложные и отсроченные. Экстренные операции проводят по жизненным показаниям в связи с ясным диагнозом перфорации, гангрены или флегмоны желчного пузыря, неотложные — при безуспешности энергичного консервативного лечения в течение первых 24—48 ч от начала заболевания.

Операции делают в срок от 5 до 14 дней и позже при затихающем приступе острого холецистита и наблюдающемся улучшении состояния больного, т. е. в фазе уменьшения остроты воспалительного процесса.

Основной операцией при хирургическом лечении острого холецистита является холецистэктомия, которая по показаниям дополняется наружным или внутренним дренированием желчных путей. Для расширения показаний к холецистостомии нет оснований.

Показания к холедохотомии — механическая желтуха, холангит, нарушение проходимости в дистальных отделах общего желчного протока, камни в протоках.

Глухой шов общего желчного протока возможен при полной уверенности в проходимости протока и, как правило, при одиночных крупных конкрементах. Наружное дренирование общего желчного и печеночных протоков показано в случаях холангита при проходимости дистального отдела протока.

Показания к наложению билиодигестивного анастомоза — отсутствие уверенности в проходимости фатерова соска, индуктивный панкреатит, наличие у больных множественных мелких камней в протоках. Билиодигестивный анастомоз может быть выполнен при отсутствии выраженных воспалительных измене-

ний в анастомозируемых органах хирургом высокой квалификации. В иных условиях следует ограничиться наружным дренированием желчных путей.

Ведение больных в послеоперационном периоде необходимо строго индивидуализировать. Вставать разрешают через сутки, выписывают и снимают швы примерно через 10—12 дней.

## ***2. Хронический холецистит***

Классифицируется так же, как и острый.

**Лечение** проводится хирургическое, в качестве оперативного доступа могут быть использованы лапаротомные разрезы по Федорову, Керру, верхнесрединный, трансректальный. Также все чаще используется лапароскопический способ удаления желчного пузыря.

### ***Рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков***

Для **рака желчного пузыря** характерен инфильтрирующий рост с быстрым прорастанием в печень и с метастазами в регионарные лимфатические узлы в области ворот печени, вследствие чего он в большинстве случаев оказывается неоперабельным. В начальной стадии заболевания симптомы рака желчного пузыря малохарактерны. Они проявляются в далеко зашедшей стадии, когда пальпируется плотная, бугристая опухоль, развивается кахексия или желтуха как следствие сдавления желчных протоков метастазами в печени или лимфатических узлах ворот печени. Чаще всего диагноз рака желчного пузыря ставится во время операции по поводу хронического калькулезного холецистита.

**Лечение оперативное:** удаляют желчный пузырь, если опухоль не распространилась за его пределы, при прорастании опухоли в ложе пузыря производят резекцию печени.

**Первичный рак желчных протоков** вызывает сравнительно рано от начала заболевания тяжелую клиническую симптоматику, связанную с обтурацией общего желчного протока и развивающейся в связи с этим желтухой. В крови повышается количество гемоглобина. Кал обесцвечен, реакция на стеркобилин в нем отрицательная.

При **опухолях фатерова соска** обтурация протока развивается постепенно, застой желчи вызывает значительное расширение про-



токов и желчного пузыря, пальпируется увеличенный безболезненный эластичной консистенции желчный пузырь (положительный симптом Курвуазье).

**Хирургическое лечение** первичного рака желчных протоков представляет собой большую трудность. Проводится резекция фатерова соска трансдуоденальным путем или резекция желчного протока с пересадкой его дистального конца в двенадцатиперстную кишку.

#### ***4. Абсцессы печени***

Нагноительные процессы в печени развиваются в результате попадания в нее инфекции гематогенным путем из различных органов: чаще — по системе воротной вены, по которой кровь отводится в печень от органов брюшной полости, реже — через печеночную артерию при общей гнойной инфекции.

Появление абсцессов в печени возможно и при переходе инфекции со смежных органов: в результате прорыва эмпиемы желчного пузыря в печень, пенетрации в печень язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, непосредственного занесения инфекции при ножевом или огнестрельном ранении печени.

В подавляющем большинстве случаев встречаются так называемые одиночные абсцессы, когда в печеночной паренхиме имеется только одна полость, расположенная подкапсулярно. В некоторых случаях наблюдаются и множественные несообщающиеся абсцессы (небольшие по размеру).

Ранняя диагностика пиогенных абсцессов печени очень трудна, так как один из основных симптомов — увеличение печени — часто проявляется очень поздно. В начальной стадии заболевания печень при пальпации почти безболезненна, если в процесс не вовлекается брюшина и желчный пузырь. Необходимо учитывать перенесенные в прошлом сепсис, гнойные поражения органов брюшной полости и др.

В начальной стадии заболевания больные жалуются на тупые боли в правом подреберье, подложечной области, усиливающиеся при надавливании. Боли иррадиируют в правое плечо, лопатку, спину, ограничивается подвижность диафрагмы, становится затрудненным дыхание.

У больных при сильном увеличении печени изменяется походка. В постели они обычно лежат неподвижно на правом боку

с согнутыми и притянутыми к животу ногами. Температура по вечерам поднимается до 38—40 °С. К. Г. Тагибеков отмечает, что в тяжелых, запущенных случаях, когда гнойная полость достигает больших размеров, повышение температуры часто следует за потрясающими ознобами, иногда профузными потами.

При больших абсцессах с длительным течением печень резко увеличивается, отмечается болезненность при ее пальпации.

Если абсцесс печени долго не диагностируется, силы больного быстро иссякают — появляется субэтеричность, асимметрия живота и грудной клетки. Местно наблюдается некоторое напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность в правом подреберье и грудной клетке справа при пальпации и поколачивании.

При анализе крови отмечается лейкоцитоз ( $18,0—20,0 \times 10^9/\text{л}$ ) со сдвигом лейкоцитной формулы влево. Пульс обычно слабого наполнения и нередко доходит до 120—130 ударов в минуту.

Помогает установить диагноз и рентгенологическое исследование, для которого характерны три основных признака: увеличение тени печени, увеличение подвижности и поднятия диафрагмы. В настоящее время с успехом применяется методика радиоизотопного гепатосканирования, на сканограмме печени абсцессы проявляются «немыми полями».

При локализации абсцесса в передних частях печени предпринимают внутрибрюшное вмешательство, при расположении абсцесса в задневерхних частях печени доступ к гнойнику открывают трансторакальным путем. Операцию выполняют под интубационным эндотрахеальным наркозом.

## **5. Опухоли печени**

Все опухоли разделены на злокачественные и доброкачественные.

### **Злокачественные опухоли**

#### **I. Первичные:**

##### **1) рак:**

- а) гепатома — опухоль из печеночных клеток;
- б) холангиома — опухоль из клеток желчных протоков;
- в) холангиогепатома — опухоль, содержащая клетки обоих типов;

- 2) саркома:
  - а) ангиосаркома (саркома и эндотелиальных клеток);
  - б) альвеолярная саркома;
  - в) веретенообразно-клеточная саркома;
  - г) круглоклеточная саркома;
  - д) лимфосаркома.

II. Метастатические:

- 1) рак;
- 2) саркома.

**Доброкачественные опухоли**

I. Эпителиальные:

- 1) доброкачественная гепатома;
- 2) доброкачественная холангиома (солидного типа и кистовидная);
- 3) доброкачественная холангиогепатома.

II. Мезенхиальные:

- 1) гемангиома;
- 2) гемангиоэндотелиома.

Первичные опухоли встречаются в виде массивного рака узловой формы и ракового цирроза (диффузной раковой инфильтрации). По данным А. Л. Мясникова, цирроз печени в 75% случаев предшествует возникновению первичного рака печени. Б. М. Тареев придает большое значение эпидемическому гепатиту в происхождении первичного рака печени. Кроме того, возникновению первичного рака печени способствуют паразитарные заболевания (в частности, описторхоз), хронический гепатит, желчнокаменная болезнь, сифилис и алкоголизм.

Заболевание развивается постепенно, больные начинают быстро худеть, появляются боли в правом подреберье, тошнота, рвота, поносы, иногда, наоборот, запоры. Снижается аппетит, повышается температура, проявляется желтуха. Боли в правом подреберье в большинстве случаев ноющего характера, реже — приступообразные. Печень увеличена (иногда до лобка), плотной консистенции, бугристая. Возникает асцит, причину которого многие усматривают в опухолевом тромбозе воротной вены или сдавлении ее лимфатическими узлами; в других случаях ее возникновение обусловлено циррозом печени и карциноматозом.

**Диагноз** первичного рака печени ставится на основании вышеперечисленных симптомов, пальпации опухоли, рентгенологических данных (рентгеноскопия грудной клетки в целях изу-

чения правого купола диафрагмы: высокое его стояние, деформация).

Операбельность вторичного рака печени в том случае, если он развился в результате прорастания из другого органа, решается удалением первично пораженного органа при условии отсутствия метастазов в регионарных лимфатических узлах.

Расширенную резекцию желудка и левой доли печени проводят при переходе рака желудка на левую долю печени, а клиновидную резекцию печени с удалением желчного пузыря — при переходе рака желчного пузыря на печень.

Из современных методов прижизненного морфологического исследования печени применяют лапароскопию и метод радиоизотопного гепатосканирования, позитронноэмиссионное сканирование.

#### **Синдром портальной гипертензии**

Характеризует комплекс изменений, которые возникают при затруднении тока крови в портальной системе, вызванном различными заболеваниями.

Основные изменения при синдроме портальной гипертензии:

- 1) наличие высокого портального давления с замедленным кровотоком;
- 2) спленомегалия;
- 3) варикозное расширение вен пищевода, желудка и кровотечения из них;
- 4) расширение вен передней брюшной стенки;
- 5) расширение геморроидальных вен;
- 6) асцит.

#### **Классификация портальной гипертензии.**

1. Надпеченочная блокада портального кровообращения:

- 1) цирроз Пика сердечного происхождения;
- 2) болезнь Киари (тромбоз печеночных вен);
- 3) синдром Бадда—Киари (тромбоз нижней полой вены на уровне печеночных вен, стеноз или облитерация ее выше печеночных вен, сдавление опухолью, рубцами).

2. Внутрипеченочная блокада портального кровообращения:

- 1) циррозы печени различной формы — портальной, постнекротической, билиарной, смешанной;
- 2) опухоли печени (сосудистые, паразитарные, железистые);
- 3) фиброз печени (портальный, рубцовый, после травмы, локальных воспалительных процессов).

3. Внепеченочная блокада портального кровообращения:

- 1) флебосклероз, облитерация, тромбоз воротной вены или ее ветвей;
- 2) врожденный стеноз или атрезия воротной вены или ее ветвей;
- 3) сдавление воротной вены или ее ветвей рубцами, опухолями, инфильтратами.

4. Смешанная форма блокады портального кровообращения:

- 1) цирроз печени в сочетании с тромбозом воротной вены (первичный цирроз печени, тромбоз воротной вены как осложнение);
- 2) тромбоз воротной вены с циррозом печени.

М. Д. Пациора по клиническому проявлению и состоянию портопеченочного кровообращения различает три стадии портальной гипертензии.

Первая — компенсированная (начальная), для которой характерны умеренное повышение портального давления, компенсированное внутрипеченочное кровообращение, спленомегалия с гиперспленизмом или без него.

Вторая — субкомпенсированная, при которой отмечаются высокое портальное давление, спленомегалия, варикозно-расширенные вены пищевода и желудка с кровотечением или без кровотечения из них, выраженные нарушения в портопеченочном кровообращении.

Третья — декомпенсированная, при которой имеют место спленомегалия, варикозно-расширенные вены пищевода и желудка с кровотечением или без кровотечения из них, асцит, выраженные нарушения в портопеченочном и центральном кровообращении.

Для внутрипеченочной портальной гипертензии характерна клиника цирроза печени.

Внепеченочная портальная гипертензия в основном проявляется в двух формах:

- 1) спленомегалией с гиперспленизмом или без него;
- 2) спленомегалией с гиперспленизмом и варикозно-расширенными венами пищевода.

Весьма редко встречается третья форма — спленомегалия с гиперспленизмом, варикозно-расширенные вены пищевода и развившийся после кровотечения асцит.

Наиболее распространенным среди консервативных методов является применение зонда Сенгстейкина—Блейкмора.

Эффективным методом остановки кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка считают местную гипотермию.

Все современные методы оперативного лечения портальной гипертензии можно разделить на шесть основных групп:

- 1) операции, направленные на снижение портального давления;
- 2) остановку пищеводно-желудочных кровотечений;
- 3) ликвидацию спленомегалии и гиперспленизма;
- 4) устранение асцита;
- 5) операции, направленные на улучшение функционального состояния печени;
- 6) комбинированные операции.

К **заболеваниям поджелудочной железы** относят:

- 1) повреждения поджелудочной железы;
- 2) острый панкреатит;
- 3) острый холецистопанкреатит;
- 4) хронический панкреатит;
- 5) кисты поджелудочной железы;
- 6) рак поджелудочной железы.

Повреждения поджелудочной железы возникают при тупой травме живота, образовании внутрикапсулярного разрыва или надрыва паренхимы поджелудочной железы и ложной кисты.

Повреждения поджелудочной железы сочетаются с повреждением других органов брюшной полости (желудка, кишечника, печени, селезенки), протекают тяжело на фоне внутреннего кровотечения, некроза, острого травматического панкреатита, распространенного перитонита.

**Лечение** оперативное: наложение швов на капсулу поджелудочной железы, остановка кровотечения и дренирование брюшной полости.

### ***Острый панкреатит***

Под термином «острый панкреатит» подразумевают не только воспаление поджелудочной железы, но и ее острое заболевание, сопровождающееся некрозом паренхимы железы и жировой тка-

ни, а также обширными кровоизлияниями в поджелудочную железу и забрюшинную клетчатку.

В **этиологии** острого панкреатита большое значение имеют следующие факторы: заболевание желчных путей, желудка и двенадцатиперстной кишки, прием алкоголя, нарушение кровообращения в поджелудочной железе, избыточное питание и нарушение обмена веществ, аллергия, травмы живота, отравление химическими веществами, инфекционно-токсические факторы.

Заболевание начинается внезапно после обильной жирной и белковой пищи, сопровождающейся приемом алкоголя. Ведущим является абдоминальный синдром (боль, рвота, динамическая кишечная непроходимость).

Боль — один из наиболее постоянных симптомов острого панкреатита — присуща всем формам данного заболевания. Мучительные боли возникают в эпигастральной области, в области пупка с иррадиацией в поясницу, лопатку, плечи, иногда — бедра. Боли опоясывающего характера — главный субъективный признак этого грозного заболевания.

Рвота — второй по частоте симптом абдоминального синдрома. Однако ее отсутствие не может снять диагноз острого панкреатита. Чаще всего рвота бывает непрерывной, с горечью (с примесью желчи), иногда повторная и мучительная, поэтому некоторые больные страдают больше от рвоты, чем от болей.

С самого начала заболевания язык обложен белым налетом, при развитии перитонита становится сухим.

Наибольшее количество симптомов абдоминального синдрома выявляется при объективном обследовании живота.

При осмотре живот вздут в надчревной области, перистальтика вследствие пареза кишечника отсутствует. При пальпации отмечается резкая болезненность в надчревной области, напряжения передней брюшной стенки не наблюдается. Симптомы Воскресенского, Керте, Мейо—Робсона положительные.

Симптом Воскресенского — отсутствие пульсации брюшного отдела аорты над пупком в результате сдавления аорты отечной поджелудочной железой.

Симптом Керте — поперечная болезненность и резистентность на 6—7 см выше пупка, соответствующая проекции поджелудочной железы.

Симптом Мейо—Робсона — болезненность в левом реберно-позвоночном углу.

Панкреатокардиоваскулярный синдром включает ряд симптомов, указывающих на степень участия сердечно-сосудистой системы в заболевании поджелудочной железы. При этом наблюдается общий цианоз с проливным потом, охлаждением всего тела и особенно конечностей, нитевидным пульсом, падением артериального давления, т. е. с признаками тяжелого коллапса.

В начале заболевания пульс нормальный и очень редко замедленный, затем он учащается, становится слабым. При тяжелой форме острого панкреатита наблюдается аритмия, тахикардия, снижается артериальное давление.

При тяжелой форме панкреатита в процесс вовлекается диафрагма, затрудняется ее экскурсия, отмечается высокое стояние купола, дыхание становится поверхностным и учащенным. Ранним ведущим признаком острого панкреатита является одышка.

При вовлечении в острый воспалительный процесс поджелудочной железы в крови можно обнаружить все ее ферменты. Однако вследствие некоторых технических трудностей во многих лечебных учреждениях ограничиваются наиболее доступным определением L-амилазы в крови. При повышенном содержании в крови L-амилаза выделяется с мочой, в которой ее легко обнаружить. Исследование мочи на L-амилазу необходимо проводить повторно, так как диастазурия не бывает стойкой и зависит от фазы течения острого панкреатита.

Картина крови у больных с острым панкреатитом характеризуется лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лимфоцитозом, эозинофилией.

Для повседневной практики принята следующая классификация панкреатитов и холецистопанкреатитов:

- 1) острый отек, или острый интерстициальный панкреатит;
- 2) острый геморрагический панкреатит;
- 3) острый панкреонекроз;
- 4) гнойный панкреатит;
- 5) хронический — рецидивирующий и безрецидивный;
- 6) холецистопанкреатит — острый, хронический и с периодическими обострениями.

Каждая из этих форм острого панкреатита имеет соответствующую клиническую и патогистологическую картину.

**Острый отек поджелудочной железы (острый интерстициальный панкреатит)**

Это начальная стадия острого панкреатита. Заболевание обычно начинается с резко выраженных постоянных болей



в надчревной области, которые чаще всего возникают внезапно, иногда носят схваткообразный характер. Большинство больных их появление связывают с обильным приемом жирной пищи, при этом боли носят настолько сильный характер, что больные кричат и мечутся в постели. Купировать боли удается двусторонней паранефральной блокадой или медленным введением внутривенно 20—30 мл 0,5%-ного раствора новокаина. Вслед за болями, как правило, появляется рвота, повышается температура.

Живот во время болей участвует в акте дыхания, несколько вздут, при пальпации выявляется болезненность и ригидность мышц в эпигастральной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Содержание L-амилазы в моче обычно достигает 320—640 г/л, в отдельных случаях — и более высоких цифр. При исследовании крови количество лейкоцитов колеблется в пределах  $8,0—12,0 \times 10^9/\text{л}$  без особых изменений со стороны лейкоцитарной формулы.

При остром отеке поджелудочной железы часто встречается сочетанное воспаление желчного пузыря.

#### **Геморрагический панкреатит.**

В начале заболевания клиническая картина геморрагического панкреатита аналогична картине острого отека. Заболевание начинается с сильных болей с характерной иррадиацией вверх, влево, к которым затем присоединяется мучительная рвота. Как правило, общее состояние таких больных тяжелое. Видимые слизистые и кожные покровы бледные, резко выражены явления интоксикации, пульс учащен (100—130 ударов в минуту), слабого наполнения и напряжения, язык обложен, суховат, живот вздут, отмечается небольшое напряжение мышц в эпигастральной области, симптомы Воскресенского, Мейо—Робсона, Керте положительные. Наблюдается динамическая кишечная непроходимость.

#### **Панкреонекроз.**

Заболевание протекает остро, тяжело. Оно или переходит от стадии отека поджелудочной железы, или начинается самостоятельно сразу с некроза. Для панкреонекроза характерны сильная боль с тяжелой интоксикацией, коллапсом и шоком, напряжение брюшины вследствие выпота и развитие химического перитонита. Резко выражен лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, повышенная СОЭ. У многих больных в моче белок, лейкоциты, эритроциты, плоский эпителий, а иногда

и гиалиновые цилиндры. L-амилаза в моче обычно достигает высоких цифр, однако при обширном некрозе паренхимы поджелудочной железы содержание ее падает.

Установить диагноз геморрагического некроза поджелудочной железы трудно в том случае, когда процесс захватывает заднюю поверхность поджелудочной железы. При этом симптомы со стороны брюшной полости мало выражены, так как процесс развивается забрюшинно. Однако у этих больных заболевание начинается с типичной локализации и отдачи болей, при этом наблюдается выраженная интоксикация, содержание L-амилазы в моче повышено, имеются изменения со стороны крови. Для установления правильного диагноза необходимо динамичное наблюдение за больным.

Отмечают следующие признаки панкреонекроза:

- 1) нарастание болей и симптомов раздражения брюшины, несмотря на консервативное лечение с применением двусторонней паранефральной новокаиновой блокады;
- 2) углубление состояния коллапса и шока, несмотря на консервативную терапию;
- 3) быстрое увеличение лейкоцитоза (до  $25,0 \times 10^9/\text{л}$ );
- 4) падение уровня L-амилазы в крови и моче при ухудшении общего состояния;
- 5) прогрессивное уменьшение уровня кальция сыворотки крови (жировой некроз);
- 6) появление метгемоглобина в сыворотке крови.

Течение панкреонекроза тяжелое. Летальность составляет 27—40% (А. А. Шалимов, 1976 г.).

#### **Гнойный панкреатит**

Это одна из наиболее тяжелых форм поражения поджелудочной железы, чаще всего встречается у лиц пожилого и старческого возраста. Гнойный панкреатит может возникнуть самостоятельно или явиться дальнейшим развитием острого отека, а также геморрагического некроза при присоединении к ним инфекции. Вначале клиническая картина складывается из симптомов острого отека поджелудочной железы или геморрагического некроза, затем при присоединении инфекции появляются резко выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гнойная интоксикация, резкое колебание температуры.

Таким образом, в настоящее время можно ставить не только диагноз острого панкреатита, но и указывать форму поражения

поджелудочной железы, так как каждой ее форме свойственна соответствующая клиническая и патоморфологическая картина.

**Дифференциальная диагностика и лечение.** Отличить острый панкреатит от других острых заболеваний органов брюшной полости трудно ввиду наличия одинаковых проявлений, которые возникают иногда на фоне тяжелого общего состояния больного.

Острый панкреатит необходимо дифференцировать от острого холецистита, прободной язвы желудка, пищевой интоксикации, острой кишечной непроходимости, тромбоза брыжеечных сосудов, внематочной беременности, острого аппендицита и инфаркта миокарда.

При лечении острого панкреатита все мероприятия необходимо направить на основные этиопатогенетические факторы: околопочечная блокада 0,25%-ным раствором новокаина по Вишневскому как воздействие на нейрорецепторные факторы; создание физиологического покоя пораженному органу — голод, аспирация желудочного содержимого (зонд через нос); торможение секреторной активности поджелудочной железы — атропин 0,1%-ный подкожно по 1 мл через 4—6 ч; внутривенное введение крови, плазмы, полиглюкин-новокаиновой смеси (полиглюкин 50 мл + 1%-ный раствор новокаина 20 мл) до 3—4 л в целях ликвидации циркуляторных расстройств. Антиферментная терапия — тразилол, цалол, контрикал (50 000—75 000 ед., некоторые рекомендуют до 300 000 ед. на одно введение), сандостатин, квамател; для устранения боли — промедол (не рекомендуется применять морфий, так как он вызывает спазм сфинктера Одди), димедрол 2% — 2—3 раза в день как антигистаминный препарат; инсулин — 4—12 ед., 2% папаверин 2—3 раза, нитроглицерин 0,0005 г в таблетках под язык; аминокaproновая кислота 5% на изотоническом растворе хлорида натрия внутривенно капельно по 100 мл; кортикостероидные гормоны — гидрокортизон или преднизолон (внутривенно или внутримышечно — 15—30 мг); антибактериальная терапия, сердечные (0,05% строфантин по 0,5—1 мл 2 раза, 0,05% коргликон 0,5—1 мл 1 раз).

При улучшении состояния на 4—5-й день больным можно назначать стол № 5а, т. е. пищу в жидком виде с ограниченной калорийностью, так как углеводно-белковая безжировая пища уменьшает секрецию поджелудочной железы. Щелочь, поступающая

с пищей через рот, также угнетает отделение панкреатического сока.

На 8—10-й день больным можно назначать стол № 5 и следует рекомендовать дробное питание. По выписке из стационара в течение 1—2 месяцев запрещается употреблять жирное и жареное мясо, острые и кислые блюда, приправы.

Если консервативная терапия не дает эффекта, а состояние больного ухудшается, нарастает общая интоксикация организма, боли не прекращаются или, наоборот, усиливаются, появляются признаки раздражения брюшины, количество L-амилазы в крови и моче остается высоким или нарастает, т. е. острый отек поджелудочной железы переходит в некроз или нагноение, то показано хирургическое лечение.

Оперативное вмешательство состоит из следующих этапов:

- 1) срединная лапаротомия (разрез по средней линии от мечевидного отростка до пупка);
- 2) подход к поджелудочной железе в полость сальниковой сумки, лучше всего через желудочно-ободочную связку (наиболее прямой и удобный путь для дренирования поджелудочной железы);
- 3) удаление из брюшной полости экссудата электроотсосом и марлевыми тампонами;
- 4) рассечение покрывающей железу брюшины;
- 5) дренирование полости сальниковой сумки тампонами и резиновой трубкой.

Не все авторы рекомендуют рассекать брюшину, покрывающую поджелудочную железу.

## **7. Хронический панкреатит**

Различают рецидивирующий и первичный хронический панкреатит. А. В. Смирнов, О. Б. Порембский, Д. И. Фрид (1972 г.) указывают, что для хронического панкреатита, не связанного с заболеваниями желчных путей, характерны:

- 1) быстрое развитие эндокринных и метаболических расстройств на почве нарушений внешней и внутренней секреции поджелудочной железы;
- 2) возникновение в острой фазе некротических изменений с последующим образованием псевдокист поджелудочной железы;

3) сравнительно часто наблюдаемое образование камней в протоках и паренхиме поджелудочной железы.

Важным фактором в патогенезе хронического панкреатита является нарушение оттока панкреатического сока, стаз в системе панкреатических протоков, определенную роль играют различного рода сосудистые расстройства. Одни исследователи придают большое значение метаболическим факторам в генезе хронического панкреатита, другие считают алкоголизм одним из важнейших факторов, способствующих его возникновению.

**Клинические проявления** хронического панкреатита:

- 1) болевой синдром;
- 2) нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы;
- 3) нарушения со стороны инсулярного аппарата;
- 4) симптомы осложнений панкреатита, вызванных билиарной гипертонией, образованием кист и свищей поджелудочной железы, портальной гипертензией и др.

Один из главных и наиболее ранних симптомов хронического панкреатита — боль в верхней половине живота с иррадиацией в поясницу, левое плечо, левую лопатку, левое надплечье. Она может быть постоянной, непрекращающейся, мучительной, может усиливаться после приема жирной, горячей или холодной пищи, возникать по ночам и нередко напоминает боль при дуоденальной язве. Болевой синдром может выражаться и в виде рецидивирующих приступов поджелудочной колики. Болевой приступ связан с затруднением оттока панкреатического сока, что вызывает гипертензию в панкреатических протоках.

При пальпации живот обычно мягкий, болезненный в верхнем отделе и в проекции поджелудочной железы.

Кроме болей с типичной локализацией, у больных наблюдаются чувство тяжести в эпигастральной области после приема пищи, отрыжка, вздутие живота, задержка стула, запоры, у некоторых больных — диспепсические расстройства, рвота, снижение аппетита.

В связи с нарушением переваривания и усвоения жиров и белков, недостаточным всасыванием в кишечнике пищевых веществ и витаминов и расстройством панкреатической секреции наступает похудание, несмотря на то что аппетит сохранен или даже повышен.

При хроническом панкреатите возможно нарушение эндокринной функции поджелудочной железы, проявляющееся ча-

ще развитием симптомов сахарного диабета и реже — гипогликемией.

Клиническое течение сахарного диабета на фоне хронического панкреатита имеет свои особенности. Симптомы сахарного диабета возникают спустя несколько лет после начала болевых приступов, что свидетельствует о вторичном характере поражения инсулярного аппарата. Одним из осложнений хронического панкреатита является синдром билиарной гипертензии, а его основные проявления — механическая желтуха и холангит. Частичная или полная непроходимость желчных путей может зависеть от сдавления дистального отдела общего желчного протока воспаленной и уплотненной головкой поджелудочной железы, а также от препятствия в области фатерова соска (стеноз, камень).

В **диагностике** хронического панкреатита придают большое значение изучению внешней и внутренней секреции поджелудочной железы. Проведение этих исследований предусматривает:

- 1) определение внешней секреции железы путем исследования панкреатического секрета как в состоянии функционального покоя железы, так и при действии физиологических раздражителей;
- 2) анализ состояния внешней секреции в зависимости от переваривающей способности панкреатического секрета;
- 3) выявление феномена «уклонения» панкреатических ферментов определением последних в крови и моче в исходном состоянии и после применения стимуляторов секреции поджелудочной железы;
- 4) обнаружение недостаточности инсулярного аппарата поджелудочной железы.

Неосложненный хронический панкреатит лечат терапевтически и только при неэффективности консервативного лечения или возникновении осложнений прибегают к хирургическому лечению, которое является одним из этапов комплексного лечения.

Хирургическое вмешательство по показаниям проводят на органах, анатомически и функционально связанных с поджелудочной железой, — на желчном пузыре и протоках, фатеровом соске, желудочно-кишечном тракте, крупных ветвях брюшной аорты, вегетативной нервной системе, на самой поджелудочной железе и ее системе протоков.

Выбор конкретного метода оперативного вмешательства зависит от характера анатомических и функциональных изменений как в поджелудочной железе, так и в смежных органах.

## **8. Кисты поджелудочной железы**

Большинство хирургов придерживаются следующей классификации:

- 1) ложные кисты:
  - а) воспалительного происхождения (после острого и хронического панкреатита);
  - б) после травмы — тупой, проникающего ранения, операционной;
  - в) в связи с новообразованием;
  - г) паразитарные (аскариды);
  - д) идиопатические;
- 2) истинные кисты:
  - а) врожденные — простая киста, поликистозное заболевание, фиброзно-кистозное заболевание, дермоидная киста;
  - б) приобретенные — ретенционные кисты (воспалительного происхождения, посттравматические, вторичные паразитарные (аскаридоз), паразитарные (эхинококк, солитер);
  - в) опухолевые — доброкачественная (*cystadenoma*) сосудистая киста, злокачественные — *cystadenocarcinoma*, *teratoma*.

**Ложная киста** — киста, расположенная внутри поджелудочной железы или на ней, выстланная фиброзной тканью. Внутренняя поверхность кисты не имеет эпителиального покрова, а ее содержимым является панкреатический сок.

Клинически ложная киста поджелудочной железы проявляется болью в подложечной области или левой половине живота. Наблюдается тошнота, рвота, потеря аппетита. У некоторых больных заболевание протекает бессимптомно.

Пальпаторно определяется круглое гладкое тело, иногда слегка подвижное при дыхании и пальпации.

Установить диагноз помогает рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, томография поджелудочной железы при ретропневмоперитонеуме, а также сканирование.

При хирургическом лечении ложной кисты в основном применяются две операции — иссечение и дренаж кисты (наружный или внутренний).

При наружном дренаже подшивают стенку кисты к брюшной стенке с введением в полость кисты дренажной трубки. При внутреннем дренаже накладывают анастомоз между кистой и тощей кишкой с дополнительным энтероэнтероанастомозом.

### **9. Рак поджелудочной железы**

Рак поджелудочной железы может быть первичным, вторичным — при переходе ракового процесса с желудка, желчных путей и метастатическим — при раке пищевода, двенадцатиперстной и ободочной кишок.

Рост и распространение рака поджелудочной железы происходят следующими путями:

- 1) прорастание в окружающие органы и ткани, когда рак захватывает двенадцатиперстную кишку, желудок, ободочную кишку и левую почку;
- 2) по лимфатическим путям, особенно перинеуральным и перивазальным.

Опухоль плотная, сдавливает протоки поджелудочной железы, что приводит к их растяжению секретом, иногда развиваются ретенционные кисты. По мере роста опухоли может произойти сдавление общего желчного протока или его прорастание опухолью, что ведет к растяжению общего желчного протока и выходящих желчных путей и желчного пузыря. Желчь в пузыре и желчных протоках всасывается, и они заполняются секретом (белая желчь).

Боль разной интенсивности (ранний симптом рака поджелудочной железы) локализуется в верхнем отделе живота, распространяясь на поясницу. Одновременно с болью часто отмечается потеря аппетита, может быть тошнота, рвота, кал обесцвечивается, моча приобретает цвет пива. У части больных появляется зуд. Больной теряет в весе. За появлением боли и потерей веса следует желтуха.

При локализации рака в головке поджелудочной железы может быть положительным симптом Курвуазье. У больных определяется асцит, который связан с портальной гипертензией или с распространением ракового процесса по брюшине.



При раковом поражении поджелудочная железа, как правило, не пальпируется, только в отдельных случаях в месте ее проекции можно прощупать уплотненную железу, несколько болезненную. В отличие от рака желудка лимфатические узлы в левой надключичной области не пальпируются.

При подозрении на рак поджелудочной железы рентгенологическое исследование может дать косвенные или прямые данные о поражении этой железы.

При данном заболевании применяются паллиативные и радикальные операции. Паллиативные операции направлены на борьбу с механической желтухой, чтобы предупредить возникновение вторичных абсцессов печени.

Предложено значительное число билиодигестивных анастомозов:

- 1) холецистогастростомия;
- 2) холецистодуоденостомия;
- 3) холецистоэктономия в различных вариантах;
- 4) холедохо-дуоденостомия;
- 5) холедохоеюностомия в различных вариантах.

К радикальным операциям необходимо отнести панкреато-дуоденальную резекцию и резекцию хвоста поджелудочной железы.

---

---

## ЛЕКЦИЯ № 5. Заболевания щитовидной железы

---

---

### *1. Эндемический зоб*

Это заболевание всего организма, которое сопровождается увеличением щитовидной железы. Оно встречается постоянно в определенных географических границах и имеет свои закономерности развития. В настоящее время общеизвестно, что эндемический зоб тесно связан с йодной недостаточностью. Как отмечает А. П. Виноградов, эндемический зоб встречается в «биогеохимических провинциях», которые характеризуются пониженным содержанием йода в почве, воде, продуктах питания, а вследствие этого и в организме человека. При этом нормальные процессы обмена веществ в организме человека нарушаются в связи с недостаточным синтезом йодированных гормонов щитовидной железы (тироксина, трийодтиронина), которые являются главными концентраторами йода. Эндемический зоб у женщин встречается чаще, чем у мужчин, и развивается на фоне увеличения щитовидной железы. Особенно часто он наблюдается в период полового созревания, во время менструаций и беременности. На его развитие влияют также неблагоприятные санитарно-гигиенические условия.

Одним из методов определения увеличения щитовидной железы является ее осмотр во время глотания. При глотании удается определить внешнюю форму, размеры и консистенцию щитовидной железы.

**Симптомы клинического проявления** эндемического зоба в основном зависят от места его расположения и величины. Относительно часто наблюдается смещение трахеи в сторону, противоположную расположению зоба, что можно установить при рентгенологическом исследовании. Чаще всего расстройство дыхания наступает при загрудинном расположении зоба, для которого характерно нарастание одышки при повороте головы. При расположении зоба в заднем средостении может возникнуть дисфагия (нарушение глотания) вследствие давления на пищевод.

Углубленное и тщательное обследование больных эндемическим зобом выявляет ряд общих расстройств со стороны нервной, сердечно-сосудистой и половой систем. Отмечается гипотония и, как ее следствие, повышенная утомляемость, слабость, сердцебиение, головокружение.

Чаще всего эндемический зоб развивается медленно и постепенно, однако под воздействием некоторых факторов (нервное перенапряжение, перемена места жительства, характера работы, полученные травмы, роды, аборт, лактация) может ускориться прогрессирование заболевания.

Эндемический зоб может перейти из эутиреоидной формы в гипертиреоидную, дать кровоизлияния в паренхиму щитовидной железы (в кисты или узлы), перейти в злокачественную форму (чаще всего в рак щитовидной железы).

**Лечение.** Консервативное терапевтическое лечение эндемического зоба проводят преимущественно в ранних стадиях заболевания при диффузных формах зоба, особенно в детском и молодом возрасте. Это лечение можно считать как предоперационную подготовку при наличии узлового зоба у лиц, которым показано хирургическое лечение.

Наиболее обоснован и эффективен метод лечения эндемического зоба гормонами щитовидной железы (тироксин, трийодтиронин) или соответствующим гормональным препаратом — тиреоидином.

Лечение тиреоидином начинают с малых доз (по 0,025 г 2 раза в день), затем под врачебным контролем дозу постепенно увеличивают, доводя ее до 0,05—0,1 г 2 раза в день. После получения клинического эффекта лечебную дозу снижают, оставляя на длительный срок поддерживающие дозы.

Хирургическое лечение диффузного эндемического зоба показано при появлении признаков сдавления органов шеи (нарушение дыхания, глотания и др.), что чаще наблюдается при больших размерах зоба. Хирургическому лечению подлежат все узловые и смешанные формы эндемического зоба, так как они не поддаются терапевтическому лечению.

## ***2. Спорадический зоб***

В отличие от эндемического встречается повсеместно, возникает в связи с нейрогормональными расстройствами в организме, которые вызывают увеличение щитовидной железы.

По общим симптомам проявлений спорадический зоб чаще всего бывает эутиреоидным.

**Лечение** его такое же, как и при эндемическом зобе.

В хирургическом лечении эндемического и спорадического зоба были достигнуты определенные успехи. При узловых и смешанных формах эндемического и спорадического зоба следует выполнять экономную резекцию щитовидной железы.

### ***3. Диффузный токсический зоб***

Эта форма имеет много названий, в основе которых лежат или фамилии авторов, описавших его (болезнь Базедова, Перри, Гревса, Флаяни), или отдельные проявления болезни (тиреотоксикоз, гипертиреозидизм и др.).

Расстройства психики занимают одно из ведущих мест в проявлении токсического зоба. Эти больные беспокойны, суетливы, тревожны, пугливы и нерешительны. Для больных тиреотоксикозом характерны повышенная возбудимость, вспыльчивость, раздражительность, чрезмерная лабильность настроения, склонность к печальному настроению, обидчивость, повышенная утомляемость, немотивированные колебания настроения, приступы тоски, появляющиеся без внешнего повода, отсутствие интеллектуальных нарушений.

По мнению ряда авторов, занимающихся лечением больных токсическим зобом, нервно-психические расстройства обусловлены непосредственным воздействием избыточно продуцируемых гормонов щитовидной железы на нервную систему в целом.

Умственная и физическая работоспособность больных значительно снижена. Они не в силах длительно сосредоточить свое внимание на каком-либо предмете, легко истощаются, отвлекаются. У них отмечается как бы ускоренное течение мыслей. Больные моментально дают ответы, даже если и ошибаются. Большинство больных страдают бессонницей, сон короткий, тревожный, не оказывающий на них достаточно освежающего действия.

У больных тиреотоксикозом наблюдается наличие глазных симптомов. Одним из наиболее частых (но необязательных) является экзофтальм. Кроме пучеглазия, характерен ряд таких симптомов, как расширение глазных щелей (симптом Дельримпля), редкое мигание (симптом Штельвага), появление белой полоски склеры над радужной оболочкой при движении глазного яблока

книзу (симптом Грефе), отклонение кнаружи глазного яблока при фиксации зрения на близком расстоянии (симптом Мебиуса), отсутствие наморщивания лба при взоре кверху (симптом Жофруа).

У некоторых больных на первый план выступают сердечно-сосудистые расстройства, при этом они жалуются на одышку, сердцебиение, которое усиливается даже при небольшой физической нагрузке, волнении. Появляются непостоянные ноющие, колющие боли в области сердца без характерной иррадиации.

Больные ощущают пульсацию сосудов в области шеи, головы. У лиц пожилого возраста наблюдаются стенокардические боли с отдачей в левую руку, лопатку, за грудину. Сердцебиение постоянного характера у них сохраняется в состоянии покоя и во время сна. Частота пульса может достигать до 120—160 ударов в минуту.

Если у больного при первичном тиреотоксикозе в процессе динамического наблюдения возникает мерцательная аритмия, то ее причиной является токсический зоб. Однако после операции по поводу токсического зоба даже у лиц пожилого возраста, где причиной мерцательной аритмии был тиреотоксикоз, она снимается медикаментозно до операции.

При отсутствии выраженного атеросклероза коронарных сосудов боли в области сердца при тиреотоксикозе никогда не осложняются тромбозом венечных сосудов.

В. Г. Баранов, В. В. Потин различают три степени тяжести тиреотоксикоза.

I. Легкая степень (СБИ  $9,4 \pm 0,3$  мкг%) — нерезко выраженная симптоматика, небольшая потеря веса, умеренная тахикардия (не более 100 ударов в минуту), основной обмен не превышает +30%;

II. Средней тяжести (СБИ  $12,1 \pm 0,4$  мкг%) — отчетливо выраженная симптоматика и падение веса, тахикардия (100—120 ударов в минуту), основной обмен составляет от +30 до -60%.

III. Тяжелая степень (СБИ  $16,3 \pm 1,7$  мкг %) — резко выраженная симптоматика, быстро прогрессирующее похудание со значительным дефицитом веса, тахикардия (свыше 120 ударов в минуту), основной обмен превышает +60%.

Независимо от интенсивности тиреотоксикоза к III степени относят его осложненные формы — мерцательную аритмию, сердечную недостаточность, тиреотоксическое поражение печени и др. У больных отмечается мышечная слабость, дрожание всего тела и отдельных его частей (век, конечностей, головы, тулови-

ща). Особенно характерно частое мелкое непроизвольное дрожание пальцев вытянутых рук (при расслабленной кисти), усиливающееся при волнениях, утомлении и обострении тиреотоксического процесса.

Наблюдается нарушение терморегуляции, при тяжелой форме тиреотоксикоза температура доходит до 37,6—37,8 °С. Характер температуры термоневротический. Больные плохо переносят жару и тепловые процедуры, под воздействием которых тиреотоксикоз может обостриться. Кроме того, отмечается усиленное потоотделение, которое при тяжелой форме может быть настолько выраженным, что не дает больным покоя ни днем, ни ночью.

При тиреотоксикозе повышены все виды обмена веществ, особенно жировой и водный, усиленно сгорают жиры, организм теряет большое количество воды. Все это ведет к резкому похуданию. Нередко похудание является одним из первых симптомов тиреотоксикоза. Если при нарушении обмена одновременно повышен распад белков, то у больных резко выражены исхудание и слабость.

**Причины появления** токсического зоба в детском и юношеском возрасте те же, что и у взрослых, но психическая травма у них не занимает такого значительного места.

**Симптоматика** та же, что и у взрослых. Однако здесь на первое место выступают симптомы, связанные с недостаточностью коры надпочечников, — общая слабость, утомляемость, резкая пигментация кожных покровов, низкое диастолическое (минимальное) артериальное давление, иногдаходящее до 0.

**Клиника** токсического зоба у лиц пожилого возраста весьма разнообразна, однако она отличается более ярким проявлением симптомов, длительностью заболевания. При длительном течении заболевания имеют место значительные изменения в нервной, сердечно-сосудистой системах, в паренхиматозных органах.

#### ***4. Узловой токсический зоб (токсическая аденома)***

Заболевание характеризуется образованием в одной из долей щитовидной железы единичного узла, достигающего размера III—IV степени, с резко повышенной функциональной активностью и снижением функции остальной части щитовидной железы. Чаще болеют женщины, более склонны к этому заболеванию лица пожилого и среднего возраста.

**Клинически** токсическая аденома отмечается мало заметным началом, проявляется исподволь. Ее начальные симптомы: общая слабость, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, сердцебиение, снижение веса. Затем заболевание быстро прогрессирует: снижается работоспособность, появляются головные боли, потливость, усиление сердцебиения, дрожание пальцев вытянутых рук, отмечается повышение влажности кожи. Глазные симптомы при токсической аденоме слабо выражены или совсем отсутствуют.

При осмотре шеи на ее передней поверхности в одной из долей пальпируется округлой или овальной формы узел, эластичный, безболезненный, с гладкой поверхностью, не спаянный с окружающими тканями, участвующий в акте глотания.

Клиническое течение токсического зоба во многом зависит от преимущественного вовлечения в патологический процесс той или иной системы — нервно-психической, сердечно-сосудистой и др. Определенную роль играют конституциональные особенности организма, возраст больных, быт и другие факторы внешней и внутренней среды организма.

Все методы **лечения** диффузного токсического зоба необходимо разделить на две группы: терапевтическое лечение медикаментозными препаратами и радиоактивным йодом и хирургическое. В ряде случаев терапевтическое лечение является методом предоперационной подготовки. Существуют предельные сроки медикаментозного лечения, при неэффективности которого больных следует оперировать.

**Медикаментозное лечение.** Лечение диффузного токсического зоба, особенно его тяжелых и средней тяжести форм, представляет довольно трудную задачу, так как в патологический процесс вовлекается ряд жизненно важных органов и систем.

При тяжелой и средней тяжести формах заболевания лечение надо начинать в условиях стационара.

Большому тиреотоксикозом необходимо обеспечить глубокий 9—12-часовой сон, что достигается назначением бромидов, снотворных средств.

Для лечения первичного тиреотоксикоза применяют бромиды, так как они действуют успокаивающе на нервную систему путем ослабления раздражительного коркового процесса. Лечение необходимо начинать с назначения бромидов по 1 ч.л. 2 раза в день (0,1 г в сутки), при необходимости постепенно повышая

дозу до 1,2 г в сутки — 2%-ный бромистый натр (по 1 ч. л. 3 раза в день).

При первичном тиреотоксикозе для воздействия на центральную нервную систему и ее периферические отделы предложен ряд специфических препаратов. Однако по эффективности действия наибольшее распространение получил алкалоид из растения раувольфии — резерпин, который обладает парасимпатомиметическими свойствами. Как и бромиды, он усиливает путем активации тормозные центральные импульсы, но в отличие от них — методом избирательного действия на подкорковые центры. При дозе 0,5—1 мг в сутки резерпин сравнительно быстро снижает основной обмен, артериальное давление, урежает пульс, снимает общую нервную возбудимость, повышает вес, в то же время не являясь специфическим тиреостатическим препаратом. В сочетании с тиреостатическими препаратами он усиливает их действие.

Для лечения первичного диффузного токсического зоба предлагались различные дозы йода. Достаточно эффективны при различной тяжести первичного тиреотоксикоза дозы 0,0005—0,001 г йода и 0,005—0,01 г йодида калия в день, прописываемые обычно в пилюлях или микстуре.

Широкое распространение в клинической практике получили тиреостатические (анти tireоидные) препараты — мерказолил и перхлорат калия.

Мерказолил — весьма эффективное тиреостатическое вещество. Он уменьшает синтез тироксина и трийодтиронина в щитовидной железе, вследствие чего оказывает специфическое лечебное действие при ее гиперфункции, вызывая снижение основного обмена.

При легких и средней тяжести формах тиреотоксикоза назначают по 0,005 г мерказолила 2—3 раза в день. При снятии явления тиреотоксикоза необходимо в течение длительного времени принимать поддерживающую дозу препарата (до нескольких месяцев) по 0,0025—0,005 г в день ежедневно или 2—3 раза в неделю до получения стойкого терапевтического эффекта.

Весьма эффективно применение мерказолила при диффузном токсическом зобе в сочетании с резерпином (0,25 мг 2—4 раза в день), при этом в некоторых случаях доза мерказолила может быть уменьшена до 0,005 г 2 раза в день.

Перхлорат калия является также анти tireоидным (тиреостатическим) веществом. Его тиреостатический эффект связан с тор-



можением щитовидной железы накапливать йод, что приводит к угнетению образования тетра- и трийодтиронина. По своему тиреостатическому действию менее эффективен, чем мерказолил. Назначается при легких и средней тяжести формах токсического зоба у лиц с небольшой давностью заболевания.

**Противопоказанием** для назначения перхлората калия является язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эффективность лечения связана с индивидуальной чувствительностью больных к действию препарата. Терапевтический эффект обычно наступает к концу 3—4-й недели.

При легкой форме токсического зоба суточная доза препарата в первые 4—5 недель обычно составляет 0,5—0,75 г (по 0,25 г 2—3 раза в день), затем по 0,25 г в день. Продолжительность курса лечения — 2—4 месяца.

При средней степени тяжести токсического зоба назначают по 0,75—1 г препарата в сутки (по 0,25 г 3—4 раза в день) в течение 4—5 недель, затем дозу уменьшают до 0,5—0,25 г в день. Продолжительность курса лечения — 4—5 месяцев. Общая доза препарата на курс лечения — 70—100 г.

Также при лечении диффузного токсического зоба применяют различные препараты, купирующие проявления этого заболевания (адреноблокаторы и т. д.).

**Хирургическое лечение.** В тех случаях, когда терапевтическое лечение диффузного токсического зоба в течение 8—10 месяцев не дает эффекта, показано хирургическое лечение. Чем раньше будет сделана операция, тем быстрее и полнее восстановятся нарушенные функции организма и тем быстрее наступит компенсация. Поэтому операцию при токсическом зобе необходимо проводить до наступления декомпенсации в различных органах и системах. Острые формы тиреотоксикоза при безуспешности терапевтического лечения оперируют не позже чем через 3 месяца от начала лечения.

В настоящее время противопоказания к хирургическому лечению токсического зоба резко сужены. Операция противопоказана после недавно перенесенного инфаркта миокарда, при остром расстройстве мозгового кровообращения. При острых воспалительных заболеваниях различных локализаций имеются временные противопоказания. Пожилой возраст больных токсическим зобом не является противопоказанием к хирургическому лечению, однако эти больные нуждаются в особенно тщательной пред-

операционной подготовке, которая должна проводиться с учетом возможных сопутствующих заболеваний.

В 1933 г. О. В. Николаев разработал метод предельно субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы, при которой радикальность операции достигает физиологически допустимого предела. Он рекомендует поперечный разрез по месту наибольшего выпячивания зоба.

Итак, при субтотальной резекции щитовидной железы сохраняются основные принципы операции Николаева: разрез декольте дает хороший косметический результат, не пересекаются мышцы шеи, прикрывающие щитовидную железу. Узловой токсический зоб, являющийся функционирующей опухолью щитовидной железы, подлежит только хирургическому лечению.

Больные с узловым токсическим зобом нуждаются в столь же тщательной предоперационной подготовке, как и при диффузном токсическом зобе, а ее продолжительность и интенсивность определяются индивидуально, в зависимости от степени тяжести тиреотоксикоза. Применяется односторонняя субтотальная струмэктомия.

## **5. Гипотиреоз и микседема**

Гипотиреоз — заболевание щитовидной железы, обусловленное недостаточностью ее функции.

Различают первичный и вторичный гипотиреоз.

**Причиной развития первичного гипотиреоза** могут явиться:

- 1) врожденная аплазия или недоразвитие щитовидной железы (приводит к кретинизму), что чаще наблюдается в очагах эндемического зоба (эндемический кретинизм);
- 2) полное или частичное выключение функции щитовидной железы (рентгеновское облучение, тиреоидэктомия — полное удаление щитовидной железы, чаще при злокачественных ее новообразованиях);
- 3) ослабление гормонообразовательной деятельности щитовидной железы в результате действия тиреостатических факторов, как природных, так и синтетических;
- 4) ослабление гормонообразовательной деятельности щитовидной железы в результате различных воспалительных процессов в ней;
- 5) генетически обусловленные нарушения биосинтеза тиреоидных гормонов.

**Вторичный гипотиреоз** связан с выпадением действия тиреотропного гормона (ТТГ) гипофиза, который стимулирует функции щитовидной железы.

**Клинические проявления** гипотиреоза прямо противоположны тиреотоксикозу.

Больные гипотиреозом, как правило, заторможены, медлительны в движениях, отличаются тугодумием и ослаблением памяти, умственных способностей. Появляется безразличие к половой жизни, у мужчин часто наступает импотенция. Больные страдают запорами. Возникают сжимающие боли в области сердца.

**Лечение** гипотиреоза основано главным образом на применении тиреоидных гормонов (L-тироксин, эутирокс), которые компенсируют недостаточность щитовидной железы и нормализуют обменные процессы. Оно должно проводиться только под наблюдением и контролем врача. Лечение начинают с малых доз, постепенно доводя до необходимого эффекта.

## **6. Рак щитовидной железы**

Среди всех заболеваний щитовидной железы рак представляет наиболее трудную проблему в диагностике и лечении, так как клиническое своеобразие злокачественных опухолей обусловлено тем, что в одних случаях их формы отличаются замедленным ростом, длительностью течения и мало выраженной общей симптоматикой, в других — развиваются быстро.

По данным Всемирной организации здравоохранения, за последние 20 лет заболеваемость раком щитовидной железы значительно выше, чем заболеваемость другими формами рака, за исключением злокачественных опухолей легкого.

Рак щитовидной железы чаще всего бывает в возрасте 40—60 лет.

### **Международная классификация по TNM (6-е издание).**

T — опухоль.

T1 — односторонний единичный узел.

T2 — односторонние множественные узлы.

T3 — двусторонний, или перешеечный, узел.

T4 — распространение опухоли за пределы железы.

N — регионарные лимфатические узлы.

NO — метастазы отсутствуют.

N1a — узлы на стороне поражения.

N16 — двусторонние, или контралатеральные, узлы.

M — отдаленные метастазы.

MO — метастазы отсутствуют.

M1 — метастазы имеются.

Различают первичный рак щитовидной железы, проявляющийся в ранее неизменной щитовидной железе, и вторичный рак щитовидной железы, возникающий на почве узлового зоба.

Больные с узловым зобом должны находиться под наблюдением врача. Если давно существующий зоб вдруг начинает расти, если узел или узлы в нем становятся плотными на ощупь или узел достигает размеров 1—1,5 см, если больной жалуется на затруднение при глотании, то всегда возникает подозрение на его злокачественное перерождение. Узловой зоб является потенциально предраковым состоянием, а поэтому все узловые формы зоба подлежат оперативному лечению.

Для рака щитовидной железы характерны следующие клинические симптомы:

- 1) быстрое увеличение предшествующего зоба с резким уплотнением его консистенции;
- 2) быстрое увеличение ранее нормальной щитовидной железы (первичная опухоль);
- 3) уплотнение и бугристость (если опухоль развивается на почве зоба, то уплотнение появляется в одном из изолированных узлов, а затем захватывает всю железу);
- 4) малоподвижность ранее существующего зоба, при дальнейшем развитии процесса опухоль щитовидной железы становится неподвижной.

Неподвижность и уплотнение опухоли создают механическое препятствие для дыхания и глотания, вследствие чего у больных наблюдаются одышка, затруднение глотания, расширение вен области шеи. Появляются боли в области задней части головы, паралич моторных нервов, в первую очередь возвратного, симптом Горнера (птоз, миоз, эндофтальм).

**Лечение** рака щитовидной железы должно быть комплексным — операция, лучевая терапия, длительный прием L-тироксина (в тиреостатической дозе 2 мкг/кг).

Лечение радиоактивным йодом применяют при медуллярном раке щитовидной железы или метастатической стадии заболевания. При этом главным условием начала терапии является отсутствие ткани щитовидной железы (выполняется тиреоидэктомия).

## **7. Аутоиммунный тиреоидит (зоб Хасимото)**

Аутоиммунный тиреоидит (лимфоматозный зоб, лимфоидный тиреоидит) впервые был описан в 1912 г. японским ученым Хасимото. В основе этого заболевания лежит диффузная инфильтрация лимфоцитами паренхимы щитовидной железы.

Чаще всего болеют женщины в возрасте 50 лет и старше.

В сыворотке крови больных, страдающих аутоиммунным тиреоидитом, содержатся тиреоидные аутоантитела, причем титр этих антител весьма высок.

Лимфоидная ткань инфильтрирует обычно обе доли щитовидной железы, но инфильтрация никогда не распространяется на окружающие щитовидную железу ткани. Лимфоидная ткань разрушает паренхиму щитовидной железы, а место разрушенной паренхимы занимает фиброзная ткань.

Больные жалуются на утолщение и болезненность передней поверхности шеи в области щитовидной железы, появляются одышка, симптомы чувства застревания пищи в пищеводе при глотании, слабость и общая утомляемость. При пальпации щитовидная железа плотная, но не в такой мере, как при зобе Риделя. Температура часто бывает повышена, в крови наблюдается лейкоцитоз.

В начальном периоде заболевания наблюдаются признаки гипертиреоза, которые вскоре сменяются симптомами гипотиреоза. Рентгенологически в большинстве случаев отмечается сужение дыхательного горла и пищевода.

В **лечении** аутоиммунных тиреоидитов применяют патогенетическую терапию или хирургический метод.

Патогенетическое лечение направлено на применение средств, способных снизить аутоиммунный стимул, оказать тормозящее действие на процесс аутоиммунизации, уменьшить либо устранить инфильтрацию щитовидной железы лимфоцитами или плазматическими клетками. Такой эффект оказывают некоторые гормональные препараты и в первую очередь тиреоидин, применение которого способствует обратному развитию симптомов аутоиммунного тиреоидита и уменьшению щитовидной железы до нормальных размеров. При таком лечении улучшается общее состояние больных, снижается уровень антител в крови, уменьшается гипотиреоз.

Препарат назначается индивидуально, а начальная его доза равна в среднем 0,1—1,15 г. Лечение продолжается несколько месяцев или лет.

В последнее время для лечения аутоиммунного тиреоидита широко используют глюкокортикоиды (кортизон или преднизолон) и адренокортикотропный гормон.

Показания к хирургическому лечению:

- 1) симптомы сдавления органов шеи;
- 2) трудности дифференциальной диагностики между аутоиммунным тиреоидитом и опухолями щитовидной железы;
- 3) подозрение на сочетание аутоиммунного тиреоидита с аденомой или карциномой щитовидной железы.

Во время операции проводят экономную или субтотальную резекцию обеих долей и перешейка щитовидной железы.

---

---

## ЛЕКЦИЯ № 6. Рак молочной железы

---

---

### *1. Эпидемиология*

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенным видом рака среди женщин, в структуре онкологических заболеваний женщин он занимает 1-е место, составляя 19,5% в РФ на 2005 г., причем заболеваемость постоянно растет. Ежегодно диагностируется около 25 000 новых случаев этого заболевания, и каждый год от него умирают приблизительно 15 000 женщин — больше, чем от любого другого рака. Это самая распространенная единичная причина смерти среди всех женщин в возрасте от 35 до 54 лет.

### *2. Анатомия и физиология*

**Молочные железы** — это железистые гормонозависимые органы, входящие в репродуктивную систему женщины, которые развиваются и начинают функционировать под влиянием целого комплекса гормонов: релизинг факторов гипоталамуса, гонадотропных гормонов гипофиза (фолликулостимулирующего и лютеинизирующего), хорионического гонадотропина, пролактина, тиреотропного гормона, кортикостероидов, инсулина и конечно же эстрогенов, прогестерона и андрогенов.

Кровоснабжение молочных желез осуществляется за счет ветвей внутренней грудной (около 60%) и подмышечной (около 30%) артерий, а также за счет ветвей межреберных артерий. Вены молочной железы сопровождают артерии и широко анастомозируют с венами окружающих областей.

С позиции онкологии большое значение имеет строение лимфатической системы молочной железы. Различают следующие пути оттока лимфы от молочной железы:

- 1) подмышечный путь;
- 2) подключичный путь;
- 3) парастернальный путь;

- 4) ретростернальный путь;
- 5) межреберный путь;
- 6) перекрестный путь осуществляется по кожным и подкожным лимфатическим сосудам, переходящим среднюю линию;
- 7) путь Героты, описанный в 1897 г. При блокаде опухолевыми эмболами основных путей оттока лимфы, последняя через лимфатические сосуды, располагающиеся в эпигастрии, прободающие оба листка влагалища прямой мышцы живота, попадает в предбрюшинную клетчатку, оттуда — в средостение, а через венечную связку — в печень.

### ***3. Основные патогенетические формы проявления рака молочной железы***

**Гипотиреоидная** форма — рак молодых (4,3%), встречается в возрасте 15—32 лет. Особенности: гипотиреоз, раннее ожирение, месячные до 12 лет, часто встречаются фолликулярные кисты яичников и гиперплазия ткани. Прогноз неблагоприятный, течение стремительное, быстро развиваются отдаленные метастазы.

**Яичниковая** форма имеет место у 44% женщин. Патогенетические влияния для этой группы связаны с функцией яичников (родами, половой жизнью, фиброаденоматозами). Прогноз неблагоприятный из-за быстрой лимфогенной диссеминации, мультицентрического роста.

**Гипертензионно-надпочечниковая** (39,8%) — больные 45—64 лет, страдают ожирением, повышением возрастного уровня холестерина, кортизола, гипертонической болезнью. Характерны фибромиомы матки, диабет, признаки интенсифицированного старения. Прогноз неблагоприятный в связи с частотой диффузно-инфильтративных форм.

**Старческая, или гипофизарная** (8,6%) — встречается у женщин в глубокой менопаузе. Характерны возрастные изменения. Прогноз сравнительно благоприятный, процесс длительно локализован, метастазирование развивается позже и протекает медленно.

**Опухоль на фоне беременности и лактации.** Прогноз крайне неблагоприятный в связи с повышением уровня пролактина и гормона роста.



#### **4. Международная классификация рака молочной железы по системе TNM (6-е издание, 2003 г.)**

##### **T — первичная опухоль**

Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

To — первичная опухоль не определяется.

Tis — преинвазивная карцинома: интрадуктальная или лобулярная карцинома (*in situ*), или болезнь Педжета соска без наличия опухолевого узла.

Болезнь Педжета, при которой пальпируется опухолевый узел, классифицируется по его размерам.

T1 — опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

— T1mic (микроинвазия) — опухоль до 0,1 см в наибольшем измерении.

— T1a — опухоль до 0,5 см в наибольшем измерении.

— T1b — опухоль до 1 см в наибольшем измерении.

— T1c — опухоль до 2 см в наибольшем измерении.

T2 — опухоль до 5 см в наибольшем измерении.

T3 — опухоль более 5 см в наибольшем измерении.

T4 — опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку или кожу. Грудная клетка включает ребра, межреберные мышцы, переднюю зубчатую мышцу, но без грудных мышц.

— T4a — распространение на грудную стенку.

— T4b — отек (включая «лимонную корочку»), или изъязвление кожи молочной железы, или сателлиты в коже железы.

— T4c — признаки, перечисленные в T4a и T4b.

— T4d — воспалительная форма рака.

##### **N — регионарные лимфатические узлы**

Nx — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N0 — нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 — метастазы в смещаемых подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения.

N2 — метастазы в подмышечных лимфатических узлах, фиксированных друг с другом, или клинически определяемые метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения при отсутствии клинически определяемых метастазов в подмышечных лимфатических узлах.

N3 — метастазы в подключичных лимфатических узлах с метастазами (или без них) в подмышечных лимфатических узлах или клинически определяемые метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения при наличии метастазов в подмышечных лимфатических узлах или метастазы в надключичных лимфатических узлах на стороне поражения с метастазами (или без них) в подмышечных или внутренних лимфатических узлах молочной железы.

— N3a — метастазы в подключичных лимфатических узлах.

— N3b — метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения.

— N3c — метастазы в надключичных лимфатических узлах.

#### **M — Отдаленные метастазы**

Mx — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

MO — нет признаков отдаленных метастазов.

M1 — имеются отдаленные метастазы.

Категория M1 может быть дополнена в зависимости от локализации отдаленных метастазов: легкое — PUL, костный мозг — MAR, кости — OSS, плевра — PLE, печень — HEP, брюшина — PER, головной мозг — BRA, кожа — SKI.

## **5. Клинические формы рака молочной железы**

I. Узловая.

II. Диффузная инфильтративная:

- 1) отечно-инфильтративная;
- 2) воспалительная (инфламаторная):
  - а) маститоподобная;
  - б) рожеподобная Панцирная.

III. Рак в протоке.

IV. Рак Педжета.

Узловая форма. Наиболее часто встречаемая среди других форм рака молочной железы (75—80%). На ранних стадиях опухоль обычно не причиняет неприятных субъективных ощущений. Единственной жалобой, как правило, является наличие безболезненного плотного опухолевидного образования или участка уплотнения в том или ином отделе железы, чаще — в верхненаружном квадранте.

При обследовании оцениваются 4 категории признаков:

- 1) состояние кожи;
- 2) состояние соска и ареолы;
- 3) особенности пальпируемого уплотнения;
- 4) состояние регионарных лимфатических узлов.

При осмотре определяется симметричность расположения и форма молочных желез, состояние кожных покровов, ареолы и соска. Даже при небольших (до 2 см) опухолях можно определить симптом «морщинистости». При центральном расположении опухоли даже при незначительных размерах можно заметить втяжение соска и отклонение его в сторону.

При пальпации можно определить «минимальный» рак — около 1 см, все зависит от локализации опухоли. При поверхностном или краевом ее расположении при самых малых размерах вследствие укорочения Купферовских связок появляется симптом «морщинистости», или втяжения кожи над опухолью. Узел при пальпации чаще безболезненный, без четких контуров, плотной консистенции, ограниченно подвижный вместе с окружающей железистой тканью.

Отек и инфильтрация кожи — симптом «лимонной корки», различного рода деформации ткани железы, заметное на глаз втяжение кожи над опухолью — симптом «умбиликации», отечность ареолы и уплощение соска — симптом Краузе, прорастание и изъязвление кожи, втяжение и фиксация соска и т. д. Отмечаются признаки метастатического поражения регионарных лимфатических узлов: наличие одиночных плотных, увеличенных, безболезненных узлов или в виде конгломератов.

В метастатической стадии присоединяются симптомы опухолевой интоксикации: слабость, головокружение, потеря аппетита и т. д. Появляются симптомы поражения других органов: кашель, одышка, боли в брюшной полости и костях, что требует уточняющей диагностики с целью установления стадии заболевания.

## ***6. Диффузные формы рака молочной железы***

Общими признаками для этих форм является триада:

- 1) отек кожи и ткани железы;
- 2) кожная гиперемия и гипертермия;
- 3) значительная местная распространенность, неблагоприятный прогноз.

**Отечно-инфильтративный рак.** Он характеризуется наличием безболезненного или слегка болезненного плотного инфильтрата без четких границ, занимающего большую часть железы. Молочная железа при этом увеличена в размерах, кожа отечная, гиперемирована в складку, собирается с трудом, имеет вид «апельсиновой корки» за счет блокады лимфатических путей опухолевыми эмболами или сдавления опухолевым инфильтратом. Отек наиболее выражен на ареоле и окружающих тканях. В подмышечной впадине нередко определяются плотные лимфатические узлы, сливающиеся в конгломерат.

**Воспалительный (инфламативный) рак.** Эта форма представлена маститоподобным и рожистым раком. Они встречаются довольно редко, но зачастую являются причиной серьезных диагностических ошибок.

**Маститоподобный рак.** В отличие от отечно-инфильтративного рака более выражены симптомы кожной гиперемии и гипертермии. Молочная железа увеличена в размерах, отечна, напряжена, инфильтрирована, горячая на ощупь. В толще железы прощупывается болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, синюшная.

**Рожеподобный рак.** При рожеподобном раке молочной железы кожа резко гиперемирована, с неровными фестончатыми краями в виде «языков пламени» за счет распространения опухолевых клеток по лимфатическим капиллярам и сосудам — раковый лимфангоит. Отек кожи, гиперемия и гипертермия приобретают наибольшую степень выраженности.

**Панцирный рак.** Это сравнительно редко встречающаяся форма, протекает длительно, торпидно. Панцирный рак характеризуется обширной опухолевой инфильтрацией как самой ткани железы, так и покрывающей ее кожи. Процесс может выходить за пределы молочной железы и распространяться на грудную клетку, а также на другую молочную железу. Проявляется сморщиванием, уплотнением и уменьшением в размерах молочной железы. Изменения кожи напоминают панцирь: появляется множество мелких сливающихся опухолевых узлов, кожа становится плотной, пигментированной и плохо смещается.

**Внутрипротоковый рак** молочной железы чаще всего развивается из внутрипротоковой папилломы и представляет собой микрофолликулярные очаги. В начальной стадии единственным симптомом, указывающим на наличие патологического очага,

являются кровянистые выделения из соска. Пальпаторно опухоль вначале определить не удастся вследствие ее небольших размеров и мягкой консистенции.

**Рак Педжета** — внутрипротоковый эпидермотропный рак молочной железы, возникающий из устьев крупных выводных млечных протоков соска. Болезнь Педжета имеет различное клиническое течение: наиболее часто на первый план выступает поражение соска и ареолы, реже вблизи соска определяется опухоль, а изменения соска носят вторичный характер.

Больные ощущают в области соска чувство жжения, покалывания и умеренный зуд. В начальной стадии на соске и ареоле появляются чешуйки, поверхностные эрозии, незаживающие трещины. Сосок увеличен в объеме, уплотнен, отмечается также отечность ареолы. Кожа имеет красноватый цвет, местами она представляется зернистой, как бы лишенной эпидермиса.

С течением времени сосок уплощается, разрушается и на его месте образуется изъязвленная поверхность, далее процесс распространяется на ареолу. Вид молочной железы меняется: на месте соска и ареолы образуется изъязвленная дискообразная поверхность, возвышающаяся над уровнем кожи с валикообразными краями. В дальнейшем процесс распространяется эксцентрически, захватывая все новые участки. В ткани молочной железы можно уже четко пропальпировать опухолевидное образование.

## **7. Диагностика РМЖ**

Диагностика заболеваний молочной железы основывается на осмотре молочных желез, их пальпации, маммографии, УЗИ, пункции узловых образований и подозрительных участков и цитологическом исследовании пунктата.

При относительно больших раковых опухолях можно обнаружить следующие симптомы:

- 1) симптом умбиликации (за счет укорочения куперовых связок, вовлеченных в опухоль);
- 2) симптом площадки (генез тот же);
- 3) симптом «морщинистости» (генез тот же);
- 4) симптом «лимонной корки» (за счет вторичного внутрикожного лимфостаза вследствие блокады лимфатических путей регионарных зон или вследствие эмболии опухолевыми клетками глубоких кожных лимфатических сосудов);

- 5) гиперемиию кожи над опухолью (проявление специфического лимфангита);
- 6) симптом Краузе: утолщение складки ареолы (вследствие отека из-за поражения опухолевыми клетками лимфатического сплетения подареоллярной зоны);
- 7) симптом Прибрама (при потягивании за сосок опухоль смещается за ним);
- 8) симптом Кенига: при прижатии молочной железы ладонью ладонью опухоль не исчезает;
- 9) симптом Пайра: при захватывании железы двумя пальцами слева и справа кожа не собирается в продольные складки, а образует поперечную складчатость;
- 10) пальпация регионарных лимфатических узлов.

**Маммографическое исследование** — высокоэффективный метод при распознавании и дифференциальной диагностике заболеваний, играющий большую роль в диагностике рака молочной железы.

Первичные рентгенологические признаки рака: наличие характерной опухолевой тени. Чаще всего это неправильная, звездчатая, амёбовидная, с неровными, нечеткими контурами тень с радиарной тяжистостью. Опухолевый узел может сопровождаться «доружкой» к соску, его втяжением, утолщением кожи. Наличие микрокальцинатов, т. е. отложений солей в стенке протока. Они встречаются как при раке, так и при мастопатиях и даже в норме. Однако их характер при этом отличается. При раке микрокальцинаты обычно бывают менее 1 мм, напоминают песчинки. Чем их больше, чем они мельче, тем больше вероятность рака.

**Дуктография** (галактография, или контрастная маммография). Осуществляется после введения контрастного вещества в молочные протоки. Показана при наличии выделений из соска любого характера и цвета, но особенно при значительном их количестве и кровянистом характере.

По данным **УЗИ** молочных желез можно выявить в молочной железе патологический очаг, его локализацию, форму и размеры. Однако эффективно УЗИ лишь у молодых женщин, у которых хорошо развита железистая ткань.

**Цитологический метод** диагностики рака молочной железы позволяет судить о процессе до начала лечения, когда требуется максимально достоверное подтверждение клинического диагноза.

**Инцизионная биопсия** — взятие кусочка ткани на цитологическое и гистологическое исследование. Эту процедуру производят под местной анестезией.

**Диагностическая секторальная резекция** молочной железы применяется при непальпируемых образованиях молочной железы или при невозможности верификации процесса при помощи других методов исследования.

## **8. Лечение**

Для лечения рака молочной железы используется хирургический метод, лучевая терапия, химиотерапия, гормонотерапия и иммунотерапия. В зависимости от стадии заболевания, темпов роста опухоли, выраженности инфильтративного компонента, состояния окружающих опухоль тканей, возраста больной, ее гормонального фона, иммунобиологического статуса, сопутствующих заболеваний, общего состояния и т. д. планируется лечение, которое может быть радикальным и паллиативным, а также хирургическим, комбинированным и комплексным, когда одновременно или последовательно используются различные лечебные методы.

**Хирургическое лечение** до настоящего времени остается ведущим в лечении рака молочной железы. Объем хирургических вмешательств, применяемых при раке молочной железы, различен.

1. Радикальная мастэктомия по Hallsled W., Meyer W. заключается в удалении единым блоком молочной железы вместе с большой и малой грудными мышцами и их фасциями, подключичной, подмышечной и подлопаточной клетчаткой с лимфатическими узлами в пределах анатомических футляров.

2. Радикальная модифицированная мастэктомия по Patey D., Dyson W., которая отличается от операции Холстеда тем, что при ней сохраняется большая грудная мышца.

3. Простая мастэктомия. Удаление молочной железы с фасцией большой грудной мышцы. С онкологических позиций расценивается как нерадикальная операция, поскольку при ней не удаляется регионарный лимфоколлектор.

4. Радикальная квадрантэктомия молочной железы представляет собой органосохраняющую операцию. Операция заключается в удалении сектора молочной железы вместе с опухолью, под-

лежащей фасцией большой грудной мышцы, малой грудной мышцей или только ее фасцией, а также подключичной, подмышечной и подлопаточной клетчаткой с лимфатическими узлами в одном блоке.

**Лучевая терапия.** Это метод локорегионарного воздействия на опухолевый процесс. Его применяют как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах. Предоперационная лучевая терапия позволяет снизить степень злокачественности первичной опухоли за счет гибели ее низкодифференцированных элементов, уменьшить интраоперационную диссеминацию опухолевых клеток, лишает девитализированные опухолевые клетки способности к имплантации в отдаленные органы в зоне облучения и тем самым предупреждает возникновение ранних рецидивов.

Для достижения этих целей считаются достаточными суммарные очаговые дозы (СОД) 40—50 Гр, подведенные за 4—5 недель к послеоперационному рубцу (или молочной железе) по 40 Гр на зоны лимфооттока.

**Химиотерапия и гормонотерапия.** В отличие от лучевой терапии химиотерапия является методом системного лечения, т. е. способного воздействовать на опухолевые клетки во всех органах и тканях организма. Для снижения уровня эстрогенов у больных репродуктивного возраста применяют двустороннюю овариоэктомию, лучевую кастрацию или гонадотропин-рилизинг гормон. Синтетический аналог этого гормона — препарат Золадекс (Zoladex) — при постоянном применении за счет ингибирования выделения гипофизом лютеинизирующего гормона приводит к снижению содержания эстрадиола в сыворотке крови до уровня, сопоставимого с тем, который бывает у женщин в менопаузе. Широкое распространение при раке молочной железы получил антиэстрогенный синтетический препарат тамоксифен (нолвадекс, зитазониум), механизм действия которого основан на способности препарата конкурентно связываться с эстрогенными рецепторами клеток опухоли и препятствовать их взаимодействию с эстрогенами, прежде всего — с эстрадиолом. В настоящее время тамоксифен назначают по 20 мг в сутки на протяжении 5 лет.

Для снижения уровня эстрогенов у этой категории больных используются препараты — ингибиторы ароматазы (мамомит, фемара и др.).

Стандартами химиотерапии являются: 6 циклов химиотерапии в режиме АС (адриамицины + циклофосфан) или АСФ (адриами-



цин + циклофосфан + фторурацил) или CMF (циклофосфан + метотриксат + фторурацил).

У больных с низкой степенью риска можно рекомендовать тамоксифен или вообще отказаться от дополнительного лекарственного лечения.

Стандартом неоадьювантной химиотерапии является схема AC (адриамицин + циклофосфан). В настоящее время продолжается поиск более эффективных режимов неоадьювантной химиотерапии. С этой целью в комбинации химиопрепаратов включают цисплатин, навельбин, таксаны, а также совсем новые препараты — кселоду и герцетин.

Оптимальный режим неоадьювантной химиотерапии — проведение 4 курсов.

При гиперэкспрессии HER-2/neu в опухоли молочной железы эффективен герцетин — препарат принципиально нового механизма действия. Герцетин рекомендуется применять в комбинации с гормонотерапией и химиотерапией.

**Иммунотерапия.** Известно, что практически у всех онкологических больных имеются нарушения иммунного статуса вследствие иммунодепрессивного воздействия на организм самой опухоли, а также в результате лечебных мероприятий (операции, химио- и лучевой терапии). Поэтому иммунотерапия в той или иной степени показана всем онкологическим больным.

---

---

## ЛЕКЦИЯ №7. Грыжи живота

---

---

### Общие сведения о грыжах

**Грыжи живота** — выхождение под кожу органов брюшной полости, покрытых париетальным листком брюшины, через различные отверстия брюшной стенки или таза. Если при травме происходит разрыв мышц передней брюшной стенки и париетальной брюшины, а через образовавшийся дефект выпадает какой-либо орган брюшной полости, то говорят о выпадении (*prolapsus*).

**Подкожная эвентрация** (*eventratio*) — расхождение швов на брюшине, апоневрозе и мышцах, при неразошедшейся ране кожных покровов (после хирургических вмешательств).

Различают наружные и внутренние грыжи.

**Наружные грыжи** (*herniae abdominalis externae*) — выпячивания, которые выходят через отверстия в брюшной стенке. Эти отверстия чаще являются нормальными анатомическими образованиями, заполненными обычно жировой тканью, однако они могут возникнуть в результате различных травматических повреждений или заболеваний. По происхождению наружные грыжи живота бывают врожденные (*congenita*) и приобретенные (*acquisita*).

**Внутренние грыжи** (*herniae abdominalis internae*) — вхождение органов брюшной полости в брюшные карманы или дивертикулы (*bursa omentalis*, *foramen Winslowi*, *recessus duodenoje-junalis* и др.). Диафрагмальные грыжи также относятся к внутренним.

Внутренние грыжи часто вызывают картину кишечной непроходимости и недоступны исследованию без раскрытия брюшной полости. Составными элементами грыж являются грыжевые ворота, грыжевой мешок и его содержимое.

Грыжевые ворота — естественные щели и каналы, проходящие в толще брюшной стенки (паховой, бедренный каналы и др.), а также приобретенные в результате травм или после оперативных вмешательств.

Грыжевой мешок — часть пристеночной брюшины, которая выходит через грыжевые ворота. В них различают устье, шейку, тело и дно.

Содержимым грыжевого мешка может быть любой из органов брюшной полости: чаще — тонкая кишка, сальник, ободочная (толстая) кишка и т. д.

Классификация грыж по локализации: паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота, мечевидного отростка, боковые живота, поясничные треугольника Гринфельта—Лесгафта, седалищные, запираемые, промежностные.

По течению грыжи делят на неосложненные (вправимые) и осложненные (невправимые, ущемленные, с явлениями копростаза и воспаления).

### ***1. Неосложненные грыжи***

При неосложненных грыжах больные предъявляют жалобы на болевые ощущения, локализующиеся в месте выхождения грыжи, в животе, поясничной области. Появление боли обычно совпадает с вхождением грыжевого содержимого в грыжевой мешок или с вправлением грыжи. Со стороны желудочно-кишечного тракта могут наблюдаться различные расстройства: тошнота, иногда рвота, отрыжка, запоры, вздутие живота.

Один из объективных симптомов, характерных для вправимой грыжи, — визуально определяемое опухолевидное образование, то появляющееся, то исчезающее в области грыжевых ворот. Грыжевое выпячивание связано обычно с напряжением брюшного пресса, кашлем (симптом «кашлевого толчка»), а в положении больного лежа оно самостоятельно или при помощи ручного вправления уходит в брюшную полость.

При начинающихся грыжах выпячивание определяется лишь пальцем, введенным в грыжевой канал, который ощущает его как толчок при кашле или натуживании.

По степени развития различают грыжи:

- 1) начинающиеся;
- 2) неполные, или внутриканальные;
- 3) полные;
- 4) грыжи огромных размеров.

Кроме осмотра и пальпации, при обследовании больного с грыжей необходимо применять перкуссию и аускультацию. Так, наличие в грыжевом мешке полого органа (кишки) при перкуссии дает тимпанический звук, а при аускультации — ощущение урчания. Если в грыжевом мешке находится плотный орган (напри-

мер, сальник), то перкуссия дает тупой звук. При подозрении о наличии в грыжевом мешке мочевого пузыря проводят рентгенологическое исследование с введением в мочевой пузырь контрастного вещества.

**Лечение** грыж при отсутствии противопоказаний должно быть только оперативным. При хирургическом лечении неосложненных грыж возможны абсолютные и относительные противопоказания.

Абсолютные противопоказания к оперативному лечению: острые инфекционные заболевания или их последствия, декомпенсированный порок сердца, злокачественные новообразования.

Относительные противопоказания к оперативному лечению — ранний детский возраст, пожилой возраст при наличии хронических заболеваний, поздние сроки беременности.

Радикальная операция состоит в удалении грыжевого мешка после перевязки его у шейки и сужении грыжевого канала путем пластических приемов укрепления мышц и апоневроза брюшной стенки в зависимости от локализации грыжи.

Большинство грыжесечений проводится под местным обезболиванием (можно в сочетании с нейролептанальгезией), часть — под наркозом, который применяют главным образом у детей.

Эти больные не требуют специальной предоперационной подготовки. Накануне операции они принимают гигиеническую ванну, им бреют волосы (за 1—2 ч до операции, так как в противном случае может развиться раздражение кожи, как следствие — воспаление и плохое заживление раны послеоперационной) на животе, лобке и мошонке, опорожняют кишечник клизмой. Перед доставкой в операционную больному обязательно освобождают мочевой пузырь. Ведение больного в послеоперационном периоде зависит от вида грыжи, характера оперативного вмешательства, наличия осложнений и др. Необходимо принять все меры для профилактики послеоперационных осложнений, особенно у лиц пожилого возраста. После операции и выписки больного домой (при первичном заживлении раны) лицам, занимающимся умственным трудом, выдается больничный лист на срок до трех недель, затем они приступают к работе. Однако им не рекомендуется заниматься тяжелым физическим трудом в течение 2—3 месяцев.

Консервативные методы лечения грыж в настоящее время применяются крайне редко: только при имеющихся противопоказа-

ниях к операции и категорическом отказе больного от нее. Таким больным назначают ношение бандажа. Однако бандаж в области грыжи травмирует органы и ткани и не предохраняет от ущемления грыжи.

Профилактика грыж должна быть направлена на устранение **причин их образования**. А. П. Крымов отмечает две группы таких причин.

I. Повышающие внутрибрюшное давление:

- 1) расстройство акта дефекации (запоры, поносы);
- 2) кашель;
- 3) крик;
- 4) затрудненное мочеиспускание (стриктуры мочевого канала, аденома предстательной железы, фимоз);
- 5) игра на духовых инструментах;
- 6) тугое затягивание живота;
- 7) тяжелые роды;
- 8) рвота;
- 9) тяжелая физическая работа (поднятие тяжестей, переноска грузов, работа в полусогнутом или другом неудобном положении и пр.).

II. Ослабляющие брюшную стенку:

- 1) беременность, растягивающая и истончающая брюшную стенку, особенно повторная;
- 2) болезни, вызывающие похудение и ослабление мускулатуры тела;
- 3) всевозможные травмы брюшной стенки.

**Профилактическим средством**, предупреждающим образование грыж, служит лечебная физкультура. Спортивные упражнения, проводимые под наблюдением врача, укрепляют мышцы передней брюшной стенки.

Для предупреждения грыж в детском возрасте большое значение имеет правильный уход за ребенком. Следует избегать моментов, которые повышают внутрибрюшное давление: тугое пеленание грудных детей, подбрасывание вверх при плаче и крике.

## ***2. Паховые грыжи***

Паховые грыжи образуются в пределах пахового треугольника, нижней стороной которого является пупартова связка, верхней — горизонтальная линия, проведенная от точки, находящейся

на границе между наружной и средней третями пупартовой связки, до пересечения с прямой мышцей живота. Третьей стороной треугольника будет перпендикуляр, идущий от лонного бугорка до указанной выше горизонтальной линии, что соответствует наружному краю прямой мышцы живота.

**Паховый канал** имеет четыре стенки и два отверстия. Переднюю стенку образует апоневроз наружной косой мышцы живота, заднюю — поперечная фасция живота, верхнюю — края внутренней косой и поперечной мышц живота и нижнюю — пупартова связка.

**Наружное (подкожное) паховое отверстие** образовано ножками апоневроза наружной косой мышцы живота, которые прикрепляются к лонному бугорку.

**Внутреннее (брюшное) отверстие пахового канала** является отверстием в поперечной фасции живота и расположено соответственно наружной паховой ямке (*fovea inguinalis externa*). У мужчин в паховом канале проходит семенной канатик, состоящий из семявыносящего протока, семенной артерии, вены, нерва и лимфатических сосудов, у женщин — только круглая связка матки.

Паховые грыжи делятся на косые и прямые.

**Косая паховая грыжа** выходит через наружную паховую ямку и располагается кнаружи от *art. epigastrica inferior*. Ход косой паховой грыжи строго соответствует ходу и направлению семенного канатика, т. е. пути, по которому шло яичко в процессе опускания в мошонку. При косых паховых грыжах внутреннее отверстие пахового канала, расположенное в наружной паховой ямке, не совпадает с его наружным отверстием, а лежит вбок от него на 4—5 см. Чтобы выйти через отверстие пахового канала, грыжевой мешок должен пройти этот косой путь длиной 4—5 см, поэтому такие грыжи и называют косыми.

Косые паховые грыжи могут быть приобретенные и врожденные. При **врожденных грыжах** брюшные органы входят в незаросший влагалищный отросток брюшины с лежащим на его дне яичком. При врожденных паховых грыжах необходимо обращать внимание на расположение яичка в грыжевом мешке. Яичко в процессе своего опускания в мошонку не входит в грыжевой мешок (открытый брюшино-паховой отросток), а только подходит к стенке брюшино-пахового отростка и покрывается брюшиной.

**Прямая паховая грыжа** выходит через внутреннюю паховую ямку (*fovea inguinalis media*), которая является постоянным анато-

мическим образованием и расположена между боковой пузырно-пупочной связкой и складкой *a. epigastrica inferior (plicae epigastrica)*.

Прямая паховая грыжа имеет прямое направление из-за того, что внутренняя ямка (внутреннее грыжевое кольцо) расположена против наружного отверстия пахового канала. Грыжевой мешок идет в прямом (сагиттальном) направлении, и в связи с этим такие грыжи называются прямыми паховыми. При прямых грыжах грыжевой мешок лежит кнутри по отношению к элементам семенного канатика, поэтому их называют внутренними. При косых грыжах грыжевой мешок находится кнаружи, латеральнее элементов семенного канатика.

По своей этиологии прямые паховые грыжи всегда приобретенные и наблюдаются в основном у лиц пожилого возраста.

Иногда при **скользящих грыжах** внутренние органы, частично покрытые брюшиной (слепая кишка, мочевого пузыря), составляют часть стенки грыжевого мешка. Соскальзывание этих органов проходит по забрюшинной клетчатке, через грыжевые ворота. Скользящие паховые грыжи чаще всего неврвимы, грыжевые ворота у них больше, чем обычно. У больных со скользящими паховыми грыжами отмечаются запоры, вздутие живота, боли в животе, в области грыжевого выпячивания при акте дефекации, частые позывы к мочеиспусканию, а также боли, отдающие в поясничную область.

Для дооперационной диагностики скользящих паховых грыж большое значение имеет рентгенологическое исследование. У женщин до операции поставить диагноз помогает бимануальное исследование. Однако точный диагноз скользящих паховых грыж чаще всего устанавливают во время операции, но надо помнить, что во время операции вместо грыжевого мешка можно вскрыть полый орган.

**Дифференциальная диагностика.** Косые паховые грыжи, опускающиеся в мошонку, необходимо дифференцировать от водянки яичка, а также от водянки семенного канатика.

**Водянка яичка (*hydrocoele*)** развивается медленно, не причиняя никаких болевых ощущений. Продуцируемая серозной оболочкой яичка жидкость скапливается в полости, образуемой яичком и его собственной оболочкой. По мере накопления жидкости полость водянки все больше растягивается, становится напряженной и не вправляется в брюшную полость, яичко и придаток не пальпируются. При ощупывании семенного канатика у наружно-

го отверстия пахового канала при *hydrocoele* можно свободно сомкнуть пальцы у его верхнего полюса, ощущая между ними семявыносящий проток, тогда как при пахово-мошоночной грыже пальцы сомкнуть не удастся. Также можно провести диафаноскопию. В темной комнате под мошонку подводят ярко светящуюся лампочку цистоскопа. При водянке яичка растянутая от скопления серозной жидкости половина мошонки превращается в светящийся ярко-розовый фонарик, на дне которого ясно различима не пропускающая свет тень яичка.

Клиническим отличием (*hydrocoele communicans*) от водянки яичка является феномен опорожнения водяночной полости по ночам, когда больной находится в положении лежа, и наполнения мешка вновь в течение дня при ходьбе. В таком случае диафаноскопия также помогает провести дифференциальную диагностику.

Кроме того, паховые грыжи необходимо дифференцировать с **расширением вен семенного канатика** (*varicocoele*), которое бывает преимущественно слева, где семенная вена впадает под прямым углом в почечную вену. При осмотре можно видеть идущие вдоль семенного канатика узлы переплетающихся между собой варикозно-расширенных вен, которые высоко уходят в паховый канал. В таких случаях больные жалуются на боль по ходу семенного канатика, отдающую в поясницу, на чувство тяжести внизу живота.

Также нужно проводить дифференциальную диагностику с лимфаденитом, при котором, кроме боли в зоне выпячивания, может быть покраснение кожи, локальная гипертермия, отрицательный симптом кашлевого толчка, лейкоцитоз.

Еще следует проводить дифференциальную диагностику паховых грыж с опухолевым поражением как яичка, так и лимфоузлов.

**Лечение.** Для решения вопроса об оперативном вмешательстве при паховых грыжах необходимо тщательно обследовать больного, установив показания и противопоказания к хирургическому лечению.

Задача оперативного вмешательства при паховых грыжах — ликвидация грыжевого мешка и закрытие грыжевых ворот.

**Операции при косых паховых грыжах.** Обезболивание чаще проводят местное 0,25%-ным раствором новокаина, у возбудимых лиц его можно сочетать с нейрорептанальгезией, у детей — только общее.



Оперативное вмешательство состоит из следующих этапов: разрез кожи, подкожной клетчатки и поверхностной фасции длиной 8—12 см на 2 см выше паховой связки; рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота; отделение грыжевого мешка от наружного лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота и от элементов семенного канатика; вскрытие грыжевого мешка и вправление содержимого в брюшную полость; прошивание шейки грыжевого мешка и отсечение периферической его части. Пластику пахового канала проводят по одному из следующих способов.

При пластике пахового канала чаще применяют способы Жирара, Спасокукоцкого, Мартынова, Кимбаровского, Лихтенштейна, а также другие методы операций, которыми хорошо владеет хирург.

**Способ Жирара** заключается в укреплении передней стенки пахового канала поверх семенного канатика. Вначале подшивают узловыми шелковыми швами край внутренней косой и поперечной мышц к паховой складке поверх семенного канатика, а затем на всем протяжении разреза — внутренний лоскут апоневроза к краю паховой связки. Наружный лоскут апоневроза укладывают поверх внутреннего (как полы двубортного пальто) и подшивают узловыми шелковыми швами к последнему. На подкожную клетчатку накладывают кетгутовые швы, на кожу — шелковые. Асептическая повязка на кожу, суспензорий.

По **способу Спасокукоцкого** внутренний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с краями внутренней косой и поперечной мышц живота подшивают к пупартовой связке одним рядом узловых шелковых швов, а наружный лоскут апоневроза — поверх внутреннего. Многие хирурги пользуются смешанным способом Жирара—Спасокукоцкого.

**Способ Мартынова** сводится к образованию дубликатуры из листков рассеченного апоневроза: внутренний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота подшивают к пупартовой связке, наружный — укладывают поверх внутреннего и подшивают к последнему.

По **способу Кимбаровского** внутренний лоскут рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота и подлежащие мышцы прошивают снаружи внутрь, отступая на 1 см от края разреза; вторично проводят иглу только через край внутреннего лоскута апоневроза, идя изнутри кнаружи, затем той же нитью прошивают край пупартовой связки; поверх внутреннего лоскута подшивают наружный лоскут апоневроза.

Но все вышеописанные методики относятся к натяжным, в настоящее время все большее внимание уделяется ненатяжным методикам (когда дефект в апоневрозе закрывается без натяжения тканей), к ним относят пластику грыжевых ворот с помощью алло- или ауто трансплантатов. В качестве ауто трансплантатов может служить специальным образом обработанная кожа больного, фасциально-мышечный лоскут, взятый с другой части тела. В качестве аллотрансплантатов используются специальные гипоаллергенные сетки (пластика по Лихтенштейну). Из трансплантатов выкраивают необходимый по размерам лоскут и пришивают.

По данным различных авторов, частота рецидивов грыж после выполнения ненатяжной пластики в несколько раз ниже, чем при натяжной.

**Операции при прямых паховых грыжах.** При прямых паховых грыжах грыжевой мешок обычно имеет широкое основание, поэтому шейку мешка прошивают внутренним кисетным швом, а мешок иссекают дистальнее лигатуры.

Пластику пахового канала проводят способом Бассини или способом Кукуджанова.

**Способ Бассини** заключается в следующем:

- 1) семенной канатик отводят кверху и кнаружи;
- 2) узловыми шелковыми швами подшивают край внутренней косой и поперечной мышц вместе с подлежащей поперечной фасцией к паховой связке;
- 3) в области лонного бугорка к пупартовой связке и надкостнице лонной кости подшивают 1—2 швами край влагалища прямой мышцы живота;
- 4) завязав поочередно все швы, на созданное мышечное ложе укладывают семенной канатик;
- 5) поверх семенного канатика сшивают рядом узловых швов края апоневроза наружной косой мышцы живота.

В основе **способа Кукуджанова** лежит принцип укрепления задней и передней стенок пахового канала; в области внутренних грыжевых ворот несколькими швами сшивают предбрюшинную жировую клетчатку, семенной канатик отводят кпереди, двумя матрацными швами прошивают поперечную фасцию с захватыванием в швы подвздошно-лонной и паховой связок, влагалище прямой мышцы и апоневротические волокна внутренней косой и поперечной мышц подшивают к медиальному отделу подвздошно-лонной и паховой связок. Семенной канатик укладывают на место и по-

верх него сшивают в виде дубликатуры края рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота.

**Операции при врожденных паховых грыжах.** При врожденных паховых грыжах в основном применяют два способа оперативных вмешательств — без вскрытия пахового канала (по Ру—Оппелю) и со вскрытием пахового канала.

По способу Ру—Оппеля после рассечения кожи и подкожной клетчатки выделяют и вскрывают грыжевой мешок, грыжевое содержимое вправляют в брюшную полость. Выведенный в рану грыжевой мешок перевязывают у шейки, отсекают, культю погружают в предбрюшинную клетчатку. Двумя-тремя шелковыми лигатурами ушивают наружное отверстие пахового канала. Узловые швы накладывают на переднюю стенку пахового канала, захватывая в шов с одной стороны апоневроз наружной косой мышцы живота и подлежащие мышцы несколько выше пахового канала, а с другой — паховую связку. Этот способ применяется при небольших начальных грыжах, как врожденных, так и приобретенных.

При способе со вскрытием пахового канала доступ к грыжевому мешку тот же, что и при приобретенных косых паховых грыжах. По ходу семенного канатика рассекают *fascia cremasterica* вместе с волокнами *m. cremaster* и *fascia spermatica interna*, выделяют переднюю стенку грыжевого мешка и вскрывают ее у шейки. Грыжевое содержимое вправляют в брюшную полость, заднюю стенку грыжевого мешка у шейки отделяют от элементов семенного канатика, а затем рассекают в поперечном направлении. Шейку выделенной части грыжевого мешка прошивают шелковой лигатурой, перевязывают и отсекают, в рану выводят яичко вместе с остатком грыжевого мешка. Последний иссекают и выворачивают вокруг яичка и семенного канатика, сшив его редкими узловыми швами. Если грыжевой мешок больше, то его иссекают на большом протяжении, оставляя брюшину только на семенном канатике и яичке. Пластика пахового канала проводится по одному из способов.

### **3. Бедренные грыжи**

Локализация бедренных грыж соответствует области Скарповского треугольника, верхней границей которого является пупартова связка. От пупартовой связки к лонному бугорку отходит подвздошно-гребешковая связка, которая делит все пространство,

находящееся между паховой связкой и костями (подвздошной и лобковой), на два отдела: мышечную лауну (*lacuna musculorum*) — наружный отдел — и сосудистую (*lacuna vasorum*) — внутренний отдел.

Мышечная лауна имеет следующие границы: спереди — паховую связку, сзади — подвздошную кость, изнутри — подвздошно-гребешковую связку.

Сосудистую лауну ограничивают следующие связки: спереди — паховая и сращенный с ней поверхностный листок широкой фасции, сзади — подвздошно-лонная (*lig. iliopubicum*) и начинающаяся от нее гребешковая фасция, снаружи — *lig. ilipectineum*, изнутри — *lig. lacunare*.

Через сосудистую лауну проходят бедренные сосуды, из которых бедренная артерия располагается снаружи, вена — изнутри. Оба сосуда окружены общим влагалищем, в котором артерия отделена от вены перегородкой.

Знание всех анатомических пространств имеет большое значение при дифференциальной диагностике различных видов бедренных грыж, образующихся под пупартовой связкой на всем ее протяжении.

Внутренняя треть сосудистой лауны, соответствующая промежутку между бедренной веной и лаунарной связкой, называется внутренним бедренным кольцом. Спереди оно ограничено пупартовой связкой, сзади — подвздошно-лонной связкой и начинающейся от нее гребешковой фасцией, изнутри — лаунарной связкой, снаружи — влагалищем бедренной вены.

Путь, который прокладывает себе бедренная грыжа, называется бедренным каналом (длина его — 1—2 см). Он имеет треугольную форму, а его стенками служат: спереди — серповидный отросток широкой фасции, сзади и внутри — гребешковая фасция, снаружи — влагалище бедренной вены. В норме бедренного канала не существует.

В отличие от паховых бедренные грыжи выходят ниже пупартовой связки: в пределах верхней половины овальной ямки, внутри от бедренной вены. На практике чаще встречаются типичные бедренные грыжи, выходящие из бедренного канала.

Н. В. Воскресенский все бедренные грыжи делит на:

- 1) мышечно-лаунарные (грыжа Гессельбаха);
- 2) выходящие в пределах сосудистой лауны:
  - а) наружные, или боковые наружные, сосудисто-лаунарные, выходящие кнаружи от бедренной артерии;

- б) срединные, или предсосудистые, выходящие в области сосудов и располагающиеся непосредственно над ними;
- в) внутренние (типичная бедренная грыжа), выходящие через бедренный канал между бедренной веной и лакунарной (жимбернатовой) связкой;

3) грыжи лакунарной связки.

Бедренные грыжи чаще наблюдаются у женщин, что объясняется большими размерами женского таза.

Различают следующие формы типичных бедренных грыж:

- 1) начальную, когда небольшой грыжевой мешок располагается в области внутреннего отверстия бедренного канала;
- 2) канальную — грыжевой мешок перемещается в бедренный канал, доходит до наружного бедренного кольца, образуя неполную бедренную грыжу;
- 3) полную грыжу, вышедшую за пределы бедренного канала и определяющуюся при осмотре и пальпации.

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

**Лечение.** В зависимости от способа операции производят различные разрезы кожи.

При грыжесечении с закрытием грыжевых ворот со стороны бедра наиболее распространенным является **способ Локвуда**. Разрез кожи длиной 10—12 см проводят вертикально над грыжевой опухолью, начало которого находится на 2—3 см выше пупартовой связки, или косой разрез, проходящий над грыжевой опухолью параллельно и ниже пупартовой связки. Грыжевой мешок выделяют от дна к шейке, вскрывают и его содержимое вправляют в брюшную полость. Шейку мешка высоко прошивают шелковой лигатурой, перевязывают и отсекают, а культю его вправляют под паховую связку. Закрывают внутреннее отверстие бедренного канала путем подшивания паховой связки к надкостнице лонной кости двумя-тремя узловыми шелковыми лигатурами.

При грыжесечении с закрытием грыжевых ворот со стороны бедра по способу Локвуда применяются модификации Бассини, Крымова, а также способ Абражанова.

При грыжесечении с закрытием грыжевых ворот со стороны пахового канала применяют способы Руджи, Парлавеччио, Райха, Праксина.

**Способ Руджи** состоит в следующем:

- 1) кожу разрезают выше и параллельно пупартовой связке, как и при паховых грыжах;
- 2) вскрывают паховой канал;
- 3) рассекают заднюю стенку пахового канала — поперечную фасцию;
- 4) выделяют и вывихивают в рану из-под пупартовой связки грыжевой мешок;
- 5) вскрывают грыжевой мешок и грыжевое содержимое вправляют в брюшную полость;
- 6) прошивают шейку мешка и последний отсекают дистальнее лигатуры;
- 7) тремя-четырьмя швами подшивают паховую связку к подвздошно-лонной, чем производят закрытие грыжевых ворот;
- 8) восстанавливают паховой канал.

Если большие грыжевые ворота трудно закрыть путем подшивания паховой связки к подвздошно-лонной, то прибегают к пластическим способам Караванова, Уотсона—Чейне и др.

#### ***4. Пупочные грыжи***

Пупочная грыжа (*hernia umbilicalis*) — выходение органов брюшной полости через дефекты брюшной стенки в области пупка.

Слой, образующие пупок, состоят из плотной ткани, передняя поверхность которой спаяна с кожей, пупочной фасцией и брюшиной. Здесь нет ни подкожной, ни предбрюшинной клетчатки. Пупочная вена, идущая от пупка к печени, находится в канале, который нередко называется пупочным.

Как пупочное кольцо, так и пупочный канал могут быть местом выхода грыжи. Пупочный канал имеет косое направление, поэтому пупочные грыжи, выходящие через него, называются косыми.

Пупочные грыжи по частоте следуют за паховыми и бедренными, хотя фактически анатомическая предрасположенность к ним возникает со дня рождения.

Н. В. Воскресенский все пупочные грыжи делит на следующие: взрослых, детского возраста, эмбриональные, развивающиеся при

недоразвитии брюшной стенки по средней линии, пупочного канатика.

Эмбриональные пупочные грыжи подлежат оперативному лечению сразу после рождения ребенка. Хирургическое лечение противопоказано при очень больших или, наоборот, незначительных по размерам врожденных грыжах.

Существуют три способа лечения эмбриональных пупочных грыж: перевязка грыжевого мешка, внебрюшинный и внутрибрюшинный. Простое перевязывание грыжи на границе кожи с амнионом применяют при небольшой и вправимой грыже. Однако этот метод используют редко.

Внебрюшинный **способ Ольстгаузена** состоит в следующем: на границе с грыжей рассекают кожу и отделяют от грыжевого мешка наружную (амниотическую) оболочку и вартонов студень. Далее перевязывают и отсекают образования пупочного канатика. Грыжевой мешок вместе с его содержимым вправляют в брюшную полость. Края кожи освежают и сшивают шелковыми швами, закрывая грыжевые ворота.

При **внутрибрюшинном (интраперитонеальном) способе** вскрывают грыжевой мешок и его содержимое вправляют в брюшную полость, полностью резецируют грыжевые оболочки и послойно зашивают брюшную стенку.

Пупочные грыжи детского возраста и взрослых можно оперировать как внебрюшинным, так и внутрибрюшинным способом. Однако в большинстве случаев оперируют внутрибрюшинно.

При средних и больших пупочных грыжах применяют способы Сапежко и Мейо, а при небольших — способ Лексера.

**Способ Сапежко** состоит в следующем. Кожу разрезают над грыжевым выпячиванием в вертикальном направлении, выделяют грыжевой мешок, а грыжевое кольцо рассекают сверху и снизу по белой линии живота. По общепринятой методике обрабатывают грыжевой мешок. Узловыми шелковыми швами подшивают край одной стороны рассеченного апоневроза к задней стенке влагалища прямой мышцы живота противоположной стороны. Оставшийся свободный край апоневроза укладывают на переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота противоположной стороны и фиксируют рядом узловых шелковых лигатур. Накладывают швы на кожу.

При **способе Мейо** проводят два полулунных разреза кожи в поперечном направлении вокруг грыжевого выпячивания. Пос-

ле отслаивания кожного лоскута от апоневроза вокруг грыжевых ворот на протяжении 5—7 см грыжевое кольцо рассекают в поперечном направлении. Выделив шейку грыжевого мешка, его вскрывают и содержимое вправляют в брюшную полость. Затем грыжевой мешок иссекают по краю грыжевого кольца и удаляют вместе с кожным лоскутом, а брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом. Нижний лоскут апоневроза подшивают к верхнему рядом узловых П-образных швов так, чтобы при их завязывании верхний лоскут наслаивался на нижний, свободный край верхнего лоскута подшивают рядом узловых швов к нижнему. Накладывают узловые шелковые швы на кожу.

При **способе Лексера** полулунный разрез кожи, полуокаймляющий грыжевую опухоль, проводят снизу. Кожу с подкожной клетчаткой отслаивают сверху и выделяют грыжевой мешок, который вскрывают, а его содержимое вправляют в брюшную полость. Шейку мешка прошивают шелковой лигатурой, перевязывают и мешок отсекают. Грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, поверх которого накладывают 3—4 шелковых шва на передние стенки влагалищ прямых мышц живота. Кожный лоскут укладывают на место и пришивают рядом узловых швов.

При данном способе пластики грыжевых ворот пупок можно удалить или оставить.

### ***5. Грыжи белой линии живота***

Белая линия живота образуется за счет перекрещивающихся сухожильных пучков шести мышц живота, отделяет обе прямые мышцы и соответствует средней линии тела. Она тянется от мечевидного отростка до симфиза и выше пупка имеет вид полосы, ширина которой увеличивается по направлению к пупку. В белой линии живота находятся сквозные щелевидные промежутки, которые проходят через всю ее толщу до брюшины, а через них — сосуды и нервы или жировая ткань, связывающая предбрюшинную клетчатку с подкожной. Обычно размеры таких грыж незначительны. Чаще всего содержимым грыжевого мешка является сальник, реже — тонкий кишечник и поперечно-ободочная кишка (только при больших грыжах).

**Клиническое течение** грыж белой линии живота разнообразное. Иногда они обнаруживаются случайно. Некоторые больные жалуются на боль в эпигастральной области, усиливающуюся при



пальпации. Их беспокоит тошнота, отрыжка, изжога, чувство распирания в поджелудочной области.

Осмотр больного с грыжей белой линии живота необходимо проводить лежа и стоя при натуживании больного и при полном расслаблении брюшной стенки.

При жалобах больного на боли в животе и диспепсические расстройства необходимо исключить у него язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, холецистит, аппендицит методами общего и специального исследования.

Грыжи белой линии живота оперируют **способом Сапежко—Льяконова**. Разрез кожи над грыжевым выпячиванием проводят и продольном или поперечном направлении. Выделяют грыжевой мешок и обрабатывают его обычным способом. Грыжевое кольцо рассекают по белой линии и создают дубликатуру из лоскутов апоневроза белой линии живота в вертикальном направлении, накладывая вначале 2—4 П-образных шва, как при **способе Мейо**. Край свободного лоскута апоневроза подшивают узловыми швами к передней стенке влагалища прямой мышцы живота. В заключение накладывают швы на кожу.

Причины рецидивов грыж белой линии живота:

- 1) заживление послеоперационной раны вторичным натяжением вследствие ее инфицирования;
- 2) дряблость тканей или их рубцовые изменения в области грыжи;
- 3) чрезмерная физическая нагрузка, особенно в раннем послеоперационном периоде;
- 4) технические ошибки во время операции.

## **6. Послеоперационные грыжи**

Соответственно месту оперативного вмешательства послеоперационные грыжи могут быть различной локализации. Чаще всего они образуются при оперативном доступе по белой линии живота. У мужчин они возникают после операций на желудке, у женщин — после операций на органах малого таза. Послеоперационные грыжи могут появиться после аппендэктомии, холецистэктомии и других оперативных вмешательств, особенно если в брюшную полость ставились тампоны.

В. М. Войленко различает три формы послеоперационных грыж:

- 1) полушаровидную, с широким основанием и широкими грыжевыми воротами;

- 2) сплюсненную спереди назад вследствие спаек, соединяющих стенки грыжевого мешка и внутренности;
- 3) типичную, с узкой шейкой и расширенным дном.

Большие послеоперационные грыжи лучше оперировать под наркозом, применяя релаксанты, небольшие — под местным обезболиванием.

Послеоперационные грыжи оперируют следующим образом:

- 1) кожу разрезают в пределах здоровых тканей с обеих сторон послеоперационного рубца, который иссекают;
- 2) освобождают апоневроз от жировой клетчатки;
- 3) рассекают грыжевой мешок и проводят ревизию брюшной полости;
- 4) отсекают весь грыжевой мешок;
- 5) проводят пластику грыжевых ворот.

Все способы пластики В. М. Войленко делит на три группы:

- 1) апоневротическую;
- 2) мышечно-апоневротическую;
- 3) другие виды пластики (пластика лоскутом кожи, аллопластика и др.).

При апоневротической пластике для закрытия дефекта в брюшной стенке проводят простое ушивание краев апоневроза, соединив их путем удваивания, а также подшивают к краям дефекта один или два лоскута, выкроенных из апоневроза. Наиболее распространенные способы апоневротической пластики — методы Мартынова, Монакова, Напалкова, Чемпионера, Генриха, Бреннера.

При мышечно-апоневротической пластике для закрытия грыжевых ворот используют апоневроз вместе с мышцами. К этой группе пластики относят способы Вознесенского, Сапежко, Троицкого, а также Сабанеева в модификации Монакова и способ Габая.

В практике наиболее распространен способ Вознесенского, который состоит в следующем:

- 1) делают срединный разрез с иссечением послеоперационного рубца;
- 2) вскрывают брюшную полость;
- 3) левую и правую прямые мышцы живота на всю толщю прошивают кетгутовой нитью со стороны брюшины и затем поочередно завязывают их, начиная с верхнего угла раны;
- 4) второй ряд накладывают более поверхностно, захватывая прямые мышцы;

5) избыток брюшины и апоневроза иссекают, их края сшивают непрерывным шелковым швом; накладывают швы на кожу.

Больных с послеоперационными грыжами необходимо тщательно готовить к операции. За два дня до нее дают слабительное, затем назначают очистительные клизмы. В послеоперационном периоде запрещают раннее вставание, швы снимают на 10—12-й день.

## **7. Редкие формы грыж**

К редким формам грыж следует отнести грыжу мечевидного отростка, боковую грыжу живота, поясничную, запирающую, седалищную и промежностную грыжи и др.

### **Грыжа мечевидного отростка**

Встречается редко. Основные симптомы — боль в области мечевидного отростка, наличие там же выпячивания, после вправления которого удается прощупать отверстие.

Лечение — удаление мечевидного отростка и иссечение грыжевого мешка.

### **Боковые грыжи**

Боковая грыжа живота может появиться в области прямой мышцы живота, по спигелиевой линии в мышечной части брюшной стенки, а вследствие травмы — в любом месте брюшной стенки. При недоразвитии какой-либо из мышц брюшной стенки возникают врожденные грыжи живота, которые могут проявляться клинически в любом возрасте.

Различают три вида боковых грыж живота: грыжи влагалища прямой мышцы, грыжи спигелиевой линии, грыжи от остановки развития брюшной стенки.

Грыжи влагалища прямой мышцы чаще встречаются в нижней части живота, где нет заднего листка влагалища, и при травматических разрывах прямой мышцы.

Грыжи спигелиевой линии могут быть подкожными, интерстициальными и преперитонеальными. Такие грыжи локализуются по линии, соединяющей пупок и передне-верхнюю ость подвздошной кости, но иногда они располагаются ниже или выше лонной линии.

Основные симптомы боковой грыжи живота — боль и грыжевое выпячивание различных размеров в зависимости от ширины грыжевых ворот.

Лечение боковых грыж живота только оперативное. При небольших грыжах после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота зашивают послойным наложением швов на поперечную и внутреннюю косые мышцы, а также на апоневроз наружной косой мышцы. При грыжах больших размеров применяют пластические способы.

#### **Поясничная грыжа**

Поясничная грыжа — грыжевое выпячивание на задней и боковой стенках живота, выходящее через различные щели и промежутки между мышцами и отдельными костями поясничной области.

Поясничные грыжи выходят через такие анатомические образования, как треугольник Пти, промежуток Гринфельта—Лесгафта и апоневротические щели. Наиболее частым содержимым грыжевого мешка является тонкая кишка и сальник. Основным симптомом — увеличение грыжи при физической нагрузке. К осложнениям поясничной грыжи относится ее ущемление. Радикальный метод лечения — оперативный.

Запирательная грыжа появляется через запирательный канал, проходящий под лобковой костью, и встречается преимущественно у женщин пожилого возраста. Симптоматика их может быть самой разнообразной. Лечение запирательных грыж только оперативное. Операцию проводят бедренным способом, с помощью лапаротомий или комбинированным путем.

Седалищная грыжа выходит на заднюю поверхность таза через большое или малое седалищное отверстие, встречается преимущественно у пожилых женщин с широким тазом и большими размерами седалищных отверстий. Различают три вида седалищных грыж, выходящих над грушевидной мышцей, под грушевидной мышцей и через малое седалищное отверстие.

Лечение седалищных грыж только оперативное. Техника операций весьма разнообразна и зависит от подхода к грыжевым воротам.

Наиболее частым осложнением седалищной грыжи является ее ущемление. Ущемленную седалищную грыжу рекомендуют оперировать комбинированным способом, начиная с лапаротомии, а при рассечении грыжевых ворот следует помнить о возможности ранения ягодичных сосудов.

#### **Диафрагмальная грыжа**

Диафрагмальная грыжа — выходение брюшных органов в грудную полость через физиологическое или патологическое отверстие в диафрагме врожденного или травматического проис-

хождения. При этом можно говорить о грыжевых воротах и грыжевом содержимом, но грыжевой мешок большей частью отсутствует.

Диафрагмальные грыжи делят на травматические и нетравматические. Фактор травмы имеет большое значение в развитии заболевания, определяет тип грыжи, диагностику и прогноз.

Нетравматические грыжи располагаются в определенных типичных местах — в пищеводном отверстии, отверстии Бохдалека, щели Ларрея, куполе диафрагмы.

По клиническому течению травматические диафрагмальные грыжи делят на острые и хронические.

Симптоматика диафрагмальных грыж связана с нарушением функции как переместившихся органов брюшной полости, так и сдавленных органов грудной полости. Таким образом, при диафрагмальной грыже могут наблюдаться расстройства со стороны пищеварительного тракта, нарушения дыхания и кровообращения, а также диафрагмальные симптомы.

Рентгенологический метод исследования является основным при диагностике диафрагмальных грыж. Он дает возможность установить, какие органы вышли из брюшной полости, где находится грыжевое отверстие и какова его величина, имеются ли сращения вышедших органов в грыжевых воротах и с органами грудной полости.

Наиболее тяжелое осложнение диафрагмальной грыжи — ущемление, которое может наступить тотчас после повреждения и образования грыжи, но чаще развивается значительно позже, через 2—3 и даже 10—15 лет.

Наличие диафрагмальной грыжи является абсолютным показанием к операции. Ее можно оперировать путем торакотомии, лапаротомии или комбинированным способом.

## ***8. Осложнения грыж***

К осложнениям грыж относятся ущемление, копростаз, воспаление.

### **Ущемленная грыжа**

Под ущемлением грыжи понимают внезапное сдавление содержимого грыжи в грыжевых воротах. Ущемлению может подвергнуться любой орган, находящийся в грыжевом мешке. Обычно оно наступает при значительном напряжении брюшного

пресса (после поднятия тяжести, при сильном натуживании, кашле и т. д.).

При ущемлении в грыже любого органа всегда нарушаются его кровообращение и функция, в зависимости от важности ущемленного органа возникают и общие явления.

Различают следующие виды ущемления: эластическое, каловое, и то и другое одновременно.

При эластическом ущемлении повышается внутрибрюшное давление. Под влиянием этого и внезапного сокращения брюшных мышц внутренности быстро проходят через грыжевые ворота в мешок и ущемляются в грыжевом кольце после нормализации внутрибрюшного давления.

При каловом ущемлении содержимое переполненной кишки состоит из жидких масс с примесью газов, реже — из твердых. В последнем случае ущемление может присоединиться к копростазу.

Патологические изменения в ущемленном органе зависят от срока, прошедшего от начала ущемления, и степени сдавления ущемляющим кольцом.

При ущемлении кишки на месте ущемляющего кольца образуется странгуляционная борозда с резким истончением кишечной стенки на месте сдавления. Вследствие застоя кишечного содержимого приводящий отрезок кишки значительно растягивается, питание его стенки нарушается и создаются условия для венозного стаза (застоя), в результате чего происходит пропотевание плазмы как в толщу кишечной стенки, так и в просвет кишки. Это еще больше растягивает приводящий отдел кишки и затрудняет циркуляцию крови.

Сильнее, чем в приводящем отделе, выражены изменения в месте ущемленной кишечной петли. При сдавлении более податливых вен образуется венозный стаз, и кишка принимает синюшную окраску. В просвет ущемленной петли и ее стенку пропотевают плазма, увеличивая объем петли. В результате нарастающего отека сдавление сосудов брыжейки усиливается, полностью нарушая питание кишечной стенки, которая омертвевает. Сосуды брыжейки в это время могут быть тромбированы на значительном протяжении.

Чаще всего ущемление наступает у больных, страдавших грыжами, в исключительных случаях оно может наступить у лиц, ра-

нее не замечавших у себя грыж. При ущемлении грыжи появляется сильная боль, в некоторых случаях она вызывает шок. Боль локализуется в области грыжевого выпячивания и в брюшной полости, часто сопровождается рвотой рефлекторного характера.

При объективном осмотре анатомического расположения ущемленной грыжи обнаруживается неврвпимое грыжевое выпячивание, болезненное при пальпации, напряженное, горячее на ощупь, дающее при перкуссии притупление, так как в грыжевом мешке находится грыжевая вода.

Наиболее трудно диагностировать пристеночные ущемления, так как они могут не нарушать продвижения содержимого по кишечнику, к тому же пристеночное ущемление иногда не дает большого грыжевого выпячивания.

Насильственное вправление ущемленной грыжи недопустимо, поскольку оно может стать мнимым. При этом возможны следующие варианты:

- 1) перемещение ущемленных внутренностей из одной части мешка в другую;
- 2) переход всего ущемленного участка вместе с грыжевым мешком в предбрюшинное пространство;
- 3) вправление грыжевого мешка вместе с ущемленными внутренностями в брюшную полость;
- 4) разрыв петель кишок в грыжевом мешке.

Во всех этих вариантах грыжевого выпячивания не наблюдается, а все симптомы кишечной странгуляции сохраняются.

Необходимо иметь в виду и ретроградное ущемление, при котором в грыжевом мешке находятся две ущемленные кишечные петли, а соединяющая их кишечная петля находится в брюшной полости и оказывается наиболее измененной.

Больных с ущемленными наружными грыжами живота следует срочно оперировать.

При операции по поводу ущемленных наружных брюшных грыж должны соблюдаться следующие условия:

- 1) независимо от места выхождения грыжи нельзя рассекаль ущемляющее кольцо до вскрытия грыжевого мешка, так как ущемленные внутренности без ревизии могут легко ускользнуть в брюшную полость;
- 2) при подозрении на возможность омертвления ущемленных участков кишечника необходимо проводить ревизию данных участков путем обратного их выведения из брюшной полости;

3) при невозможности выведения кишечника из брюшной полости показана лапаротомия, при которой одновременно выясняется и наличие ретроградного ущемления;

4) особое внимание необходимо уделять рассечению ущемляющего кольца и точно представлять себе расположение прилегающих кровеносных сосудов, проходящих в брюшной стенке.

Если при ревизии установлено, что ущемленный кишечник нежизнеспособный, то его удаляют, затем проводят пластику грыжевых ворот и накладывают швы на кожу. Минимальные границы резецируемой нежизнеспособной тонкой кишки: 40 см приводящей петли и 20 см — отводящей.

После операции больного доставляют в палату на каталке, вопрос о ведении послеоперационного периода и возможности вставания решается лечащим врачом. При этом учитывается возраст больного, состояние сердечно-сосудистой системы и характер оперативного вмешательства.

#### **Копростаз**

При невправимых грыжах в кишечной петле, находящейся в грыжевом мешке, наблюдается копростаз (каловый застой).

Воспаление грыжи возникает остро, сопровождается резкими болями, рвотой, повышением температуры, напряжением и резкой болезненностью в области грыжевого мешка. Лечение — срочная операция.

При флегмоне грыжевого мешка необходимо произвести лапаротомию вдали от флегмонозного участка с наложением кишечного соустья между приводящим и отводящим концами кишки, идущими к ущемляющему кольцу. Подлежащие удалению выключенные петли кишок завязывают по концам марлевыми салфетками и достаточно прочными лигатурами. Закончив операцию в брюшной полости, вскрывают воспаленный грыжевой мешок и через разрез удаляют мертвые петли ущемленных кишок, а флегмону дренируют.



---

---

## ЛЕКЦИЯ № 8. Аппендицит

---

---

### *1. Острый аппендицит*

Острый аппендицит — дословно воспаление червеобразного отростка. Червеобразный отросток отходит от заднебрюшного сегмента слепой кишки в том месте, где начинаются три ленточные мышцы слепой кишки. Он представляет собой тонкую извитую трубку, полость которой с одной стороны сообщается с полостью слепой кишки. Отросток оканчивается слепо. Длина его колеблется от 7 до 10 см, нередко достигая 15—25 см, диаметр канала не превышает 4—5 мм.

Червеобразный отросток со всех сторон покрыт брюшиной и в большинстве наблюдений имеет брыжейку, которая не препятствует его перемещению.

В зависимости от положения слепой кишки червеобразный отросток может находиться в правой подвздошной ямке, выше слепой кишки (при высоком ее положении), ниже слепой кишки, в малом тазу (при низком ее положении), вместе со слепой кишкой среди петель тонкого кишечника по средней линии, даже в левой половине живота. В зависимости от его расположения и возникает соответствующая клиника заболевания.

**Острый аппендицит** — неспецифическое воспаление червеобразного отростка, вызываемое гноеродными микробами (стрептококками, стафилококками, энтерококками, кишечной палочкой и др.).

Микробы попадают в него энтерогенным (самый частый и наиболее вероятный), гематогенным и лимфогенным путем.

При пальпации живота мышцы передней брюшной стенки напряжены. Боль в месте локализации червеобразного отростка при пальпации — главный, а иногда и единственный признак острого аппендицита. В большей степени она выражена при деструктивных формах острого аппендицита и особенно при перфорации червеобразного отростка.

Ранним и не менее важным признаком острого аппендицита является местное напряжение мышц передней брюшной стенки

живота, которое чаще ограничивается правой подвздошной областью, но может распространиться и на правую половину живота или по всей передней брюшной стенке. Степень напряжения мышц передней брюшной стенки зависит от реактивности организма на развитие воспалительного процесса в червеобразном отростке. При пониженной реактивности организма у истощенных больных и лиц пожилого возраста этот симптом может отсутствовать.

При подозрении на острый аппендицит обязательно следует проводить вагинальное (у женщин) и ректальное исследования, при которых можно определить болезненность тазовой брюшины.

Важное диагностическое значение при остром аппендиците имеет симптом Щеткина—Блюмберга. Для его определения правой рукой осторожно надавливают на переднюю брюшную стенку и через несколько секунд отрывают ее от брюшной стенки, при этом появляется резкая боль или заметное усиление боли в области воспалительного патологического очага в брюшной полости. При деструктивном аппендиците и особенно при перфорации червеобразного отростка этот симптом бывает положительным по всей правой половине живота или по всему животу. Однако симптом Щеткина—Блюмберга может быть положительным не только при остром аппендиците, но и при других острых заболеваниях органов брюшной полости.

Определенное значение в постановке диагноза острого аппендицита имеют симптомы Воскресенского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье—Михельсона, Образцова.

При симптоме **Воскресенского** боль появляется в правой подвздошной области при быстром проведении ладонью через натянутую рубашку больного по передней стенке живота справа от реберного края вниз. Слева этот симптом не определяется.

**Симптом Ровзинга** вызывается при надавливании или толчках ладонью в левой подвздошной области. При этом в правой подвздошной области возникает боль, которую связывают с внезапным перемещением газов из левой половины толстого кишечника в правую, вследствие чего происходят колебания стенки кишки и воспаленного червеобразного отростка, передающиеся на воспаленно измененную париетальную брюшину.

При **симптоме Ситковского** у больного, лежащего на левом боку, в правой подвздошной области появляется боль, вызванная натя-

жением воспаленно измененной брюшины в области слепой кишки и брыжейки червеобразного отростка в связи с его смещением.

**Симптом Бартомье—Михельсона** — болезненность при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку.

**Симптом Образцова** — болезненность при пальпации правой подвздошной области в момент поднимания выпрямленной правой ноги.

Критическая и объективная оценка этих симптомов расширяет возможности установления диагноза острого аппендицита. Однако диагностика данного заболевания должна основываться не на одном из указанных симптомов, а на всестороннем анализе всех местных и общих признаков этого острого заболевания органов брюшной полости.

Для постановки диагноза острого аппендицита большое значение имеет анализ крови. Изменения в крови проявляются повышением лейкоцитов. Тяжесть воспалительного процесса определяют при помощи лейкоцитной формулы. Сдвиг лейкоцитной формулы влево, т. е. увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов или появление иных форм при нормальном или незначительном повышении количества лейкоцитов, свидетельствует о тяжелой интоксикации при деструктивных формах острого аппендицита.

Выделяют несколько форм острого аппендицита (по данным гистологии):

- 1) катаральную;
- 2) флегмонозную;
- 3) гангренозную;
- 4) гангренозно-перфоративную.

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

Острые заболевания органов брюшной полости имеют ряд основных симптомов:

- 1) боль различного характера;
- 2) рефлекторная рвота;
- 3) расстройство нормального отхождения кишечных газов и кала;
- 4) напряжение брюшных мышц.

До установления конкретного диагноза острого заболевания живота больным нельзя назначать обезболивающие (применение наркотиков снимает боль и сглаживает клиническую картину ост-

рого заболевания органов брюшной полости), промывать желудок, применять слабительные, очистительные клизмы и тепловые процедуры.

Острые заболевания органов брюшной полости легче дифференцируются в начальной стадии заболевания. В последующем, когда развивается перитонит, определить его источник бывает очень трудно.

Необходимо помнить в этом отношении образное выражение Ю. Ю. Джанелидзе: «Когда пылает весь дом — невозможно найти источник пожара».

Острый аппендицит необходимо дифференцировать от:

- 1) острых заболеваний желудка — острого гастрита, пищевых токсикоинфекций, перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 2) некоторых острых заболеваний желчного пузыря и поджелудочной железы (острого холецистита, желчнокаменной болезни, острого панкреатита, острого холецистопанкреатита);
- 3) некоторых заболеваний кишечника (острого энтерита или энтероколита, острого илеита, острого дивертикулита и его перфорации, острой кишечной непроходимости, болезни Крона, терминального илеита);
- 4) некоторых заболеваний женской половой сферы (острого воспаления слизистой и стенки матки, пельвиоперитонита, внематочной беременности, разрыва яичника, перекрученной кисты яичника);
- 5) урологических заболеваний (почечнокаменной болезни, почечной колики, пиелита);
- 6) других заболеваний, симулирующих острый аппендицит (острого диафрагмального плеврита и плевропневмонии, заболеваний сердца).

#### **Лечение острого аппендицита**

В настоящее время единственным методом лечения больных острым аппендицитом является ранняя экстренная операция, и чем раньше она проведена, тем лучше результаты. Еще Г. Мандор (1937 г.) указывал: когда все врачи проникнутся этой мыслью, когда они поймут необходимость быстрой диагностики и немедленного оперативного вмешательства, им не придется больше иметь дела с тяжелым перитонитом, со случаями тяжелого нагноения, с теми отдаленными инфекционными осложнениями, кото-

рые и в настоящее время слишком часто омрачают прогноз аппендицита.

Таким образом, диагноз острого аппендицита требует немедленной операции. Исключение составляют больные с наличием ограниченного аппендикулярного инфильтрата и больные, требующие кратковременной предоперационной подготовки.

Явления острого аппендицита могут обнаружиться у больных с инфарктом миокарда, тяжело протекающей пневмонией, с острыми нарушениями мозгового кровообращения, декомпенсированным пороком сердца. За такими больными устанавливают динамическое наблюдение. Если в процессе наблюдения клиническая картина не затихает, то по жизненным показаниям прибегают к операции. При остром аппендиците, осложненном перитонитом, несмотря на тяжесть соматического заболевания, после соответствующей предоперационной подготовки больного оперируют.

Ряд авторов указывают, что в комплексе лечебных мероприятий у данной категории больных при остром аппендиците большое значение имеет предоперационная подготовка, которая служит одним из средств уменьшения риска оперативного вмешательства, улучшает общее состояние больного, нормализует показатели гомеостаза, усиливает иммунозащитные механизмы. Она не должна длиться более 1—2 ч.

Если при аппендэктомии невозможно использовать интубационный наркоз с миорелаксантами, то применяется местная инфильтрационная анестезия 0,25%-ным раствором новокаина, которую при соответствующих показаниях можно сочетать с нейролептанальгезией.

Однако необходимо отдать предпочтение современному эндотрахеальному наркозу с применением мышечных релаксантов, при котором у хирурга имеется максимальная возможность провести тщательную ревизию органов брюшной полости.

При легких формах острого аппендицита, где операция непродолжительна, аппендэктомию можно проводить под масочным наркозом с применением мышечных релаксантов.

Наиболее распространенным доступом при неосложненном остром аппендиците является косой разрез Волковича—Мак-Бернея. Несколько реже применяется разрез, предложенный Леннадером, его делают при атипичном расположении червеобразного отростка, распространенном гнойном перитоните, вызванном

перфорацией червеобразного отростка, а также при возможном появлении перитонита из других источников, когда необходима более широкая ревизия органов брюшной полости. Преимущество разреза Волковича—Мак-Бернея заключается в том, что он соответствует проекции слепой кишки, при нем не повреждаются нервы и мышцы, что сводит до минимума частоту появления в этой области грыж.

Поперечный доступ удобен тем, что его легко можно расширить медиально, произведя пересечение прямой мышцы живота.

В большинстве случаев после аппендэктомии брюшную полость зашивают наглухо.

Если при прободном аппендиците в брюшной полости имеется выпот, который удаляют марлевыми тампонами, электроотсосом, то в нее вставляют тонкую резиновую трубку (полихлорвиниловую) для внутрибрюшинного введения антибиотиков.

При деструктивных формах острого аппендицита в послеоперационном периоде внутримышечно назначают антибиотики, при этом учитывают чувствительность к ним больного.

Правильное ведение больных в послеоперационном периоде в значительной степени определяет результаты оперативного вмешательства, особенно при деструктивных формах острого аппендицита. Активное поведение больных после операции предупреждает развитие многих осложнений.

При неосложненных формах острого аппендицита состояние больных обычно удовлетворительное, и в послеоперационном периоде специального лечения не требуется.

После доставки из операционной в палату больному сразу же можно разрешить поворачиваться на бок, менять положение тела, глубоко дышать, откашливаться.

Вставание с постели надо начинать постепенно. В первый день больной может сидеть в постели и начать ходить, однако он не должен себя пересиливать ради раннего вставания. К этому вопросу необходимо подходить строго индивидуально. Решающую роль играют хорошее самочувствие и настроение больного. Необходимо начинать раннее питание больных, которое уменьшает частоту парезов кишечника и способствует нормальной функции органов пищеварения. Больным назначают легкоусвояемую пищу, не перегружая желудочно-кишечный тракт, с шестого дня их переводят на общий стол.

Чаще всего после аппендэктомии стул самостоятельно бывает на 4—5-й день. В течение первых двух суток происходит задержка газов вследствие пареза кишечника, которая чаще всего прекращается самостоятельно.

В послеоперационном периоде нередко бывает задержка мочеиспускания в результате того, что большинство больных не может мочиться лежа. Для устранения этого осложнения к промежности прикладывают грелку. Если позволяет состояние больного, то ему разрешают встать около кровати, пытаются вызвать рефлекс к мочеиспусканию, пуская струю из чайника. Внутривенно можно ввести 5—10 мл 40%-ного раствора уротропина или 5—10 мл 5%-ного раствора сернокислой магнезии. При отсутствии эффекта от этих мероприятий проводят катетеризацию мочевого пузыря со строгим соблюдением правил асептики и обязательным промыванием его после катетеризации раствором фурацилина (1 : 5000) или сернокислого серебра (1 : 10 000, 1 : 5000).

В послеоперационном периоде большое значение имеет лечебная физкультура.

Если во время операции изменений в червеобразном отростке не обнаружено, то следует провести ревизию подвздошной кишки (на протяжении 1—1,5 м), чтобы не пропустить дивертикулит.

#### **Осложнения острого аппендицита**

Осложнения в дооперационном периоде. При несвоевременном обращении больного к врачу острый аппендицит может дать ряд серьезных осложнений, которые ставят под угрозу жизнь больного или на длительное время лишают его трудоспособности. Основными, наиболее опасными осложнениями несвоевременно оперированного аппендицита считаются аппендикулярный инфильтрат, разлитой гнойный перитонит, тазовый абсцесс, пилефлебит.

**Аппендикулярный инфильтрат.** Это ограниченная воспалительная опухоль, формирующаяся вокруг деструктивно измененного червеобразного отростка, к которому фибринозными наложениями прирастают петли кишечника, большой сальник и близко расположенные органы.

Аппендикулярный инфильтрат локализуется в месте расположения червеобразного отростка.

В клиническом течении аппендикулярного инфильтрата различают две фазы: раннюю (прогрессирования) и позднюю (отграничения).

В ранней стадии аппендикулярный инфильтрат только начинает формироваться, он мягкий, болезненный, без четких границ. Его клиническая картина сходна с картиной острого деструктивного аппендицита. Имеются симптомы раздражения брюшины, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитной формулы влево.

В поздней стадии клиническое течение характеризуется общим удовлетворительным состоянием больного. Общая и местная воспалительные реакции затихают, температура держится в пределах 37,5—37,8 °С, иногда нормальная, пульс не учащен. При пальпации живота определяется малоболезненный плотный инфильтрат, который четко отграничен от свободной брюшной полости.

После установления диагноза аппендикулярный инфильтрат начинают лечить консервативно: строгий постельный режим, пища без наличия большого количества клетчатки, двусторонняя паранефральная блокада 0,25%-ным раствором новокаина по Вишневскому, антибиотики.

После лечения аппендикулярный инфильтрат может рассосаться, при неэффективном лечении — нагноиться и образовать аппендикулярный абсцесс, заместиться соединительной тканью, длительное время не рассасываться и сохраняться плотным.

Через 7—10 дней после рассасывания аппендикулярного инфильтрата, не выписывая больного из стационара, проводят аппендэктомия (иногда через 3—6 недель после рассасывания в плановом порядке при повторном поступлении больного в хирургический стационар).

Аппендикулярный инфильтрат может заместиться массивным развитием соединительной ткани без всякой тенденции к рассасыванию. Такую форму инфильтрата В. Р. Брайцев назвал фибропластическим аппендицитом. При этом в правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование, там же ноющая боль, проявляются симптомы перемежающейся кишечной непроходимости. Только гистологическое исследование после гемиколэктомии выявляет истинную причину патологического процесса.

Если аппендикулярный инфильтрат в течение 3—4 недель не рассасывается, остается плотным, то следует предположить наличие опухоли в слепой кишке. Для дифференциальной диагностики необходимо провести ирригоскопию.

При переходе аппендикулярного инфильтрата в аппендикулярный абсцесс у больных наблюдаются высокая температура интер-



миттирующего характера, высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, интоксикация.

**Тазовый аппендикулярный абсцесс.** Может осложнять тазовый аппендицит, а иногда сопровождать флегмонозные или гангренозные формы острого аппендицита.

При тазовом аппендикулярном абсцессе гнойный выпот опускается на дно малого таза и скапливается в дугласовом пространстве. Гнойное содержимое отгесняет кверху петли тонкой кишки, отграничивается от свободной брюшной полости спайками, которые образуются между петлями кишечника, большим сальником и пристеночной брюшиной.

Клинически тазовый аппендикулярный абсцесс проявляется болью в глубине таза, болезненностью при надавливании над лобком, вздутием живота. В некоторых случаях может быть рвота, которую вызывает относительная динамическая кишечная непроходимость вследствие пареза вовлеченных в воспалительный процесс петель тонкой кишки.

Для тазового аппендикулярного абсцесса характерны высокая температура (до 38—40 °С), высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Напряжение мышц передней брюшной стенки живота выражено слабо.

Большое значение для установления диагноза тазового аппендикулярного абсцесса имеют местные симптомы раздражения смежных с гнойником органов и тканей — прямой кишки, мочевого пузыря. При этом бывают частые бесплодные позывы на низ, понос с примесью слизи, отечность слизистой вокруг заднего прохода, сфинктер зияет. Мочеиспускание учащенное, болезненное, а иногда наблюдается его задержка. При пальцевом обследовании *per rectum* на передней стенке прямой кишки определяется флюктуирующее болезненное опухолевидное образование, при пункции которого обнаруживается гной.

Лечение тазового инфильтрата до нагноения такое же, как и аппендикулярного, при нагноении — оперативное (срединный разрез с дренированием брюшной полости).

**Пилефлебит.** Это гнойный тромбоз воротной вены, весьма редкое, но очень опасное осложнение острого аппендицита, которое почти всегда заканчивается гнойным гепатитом.

Начальные симптомы пилефлебита — повышение температуры до 38—40 °С, ознобы, указывающие на развивающийся гной-

ный гепатит, к ним присоединяются непостоянного характера боли в правом подреберье. При пальпации определяется болезненная печень, характерна рано появляющаяся не очень интенсивная желтуха, высокий лейкоцитоз. Общее состояние больного очень тяжелое. При рентгенологическом исследовании отмечается высокое стояние и ограничение подвижности правого купола диафрагмы, иногда в правой плевральной полости содержится выпот.

**Осложнения в послеоперационном периоде.** В основу классификации послеоперационных осложнений при остром аппендиците положен клинико-анатомический принцип:

I. Осложнения со стороны операционной раны:

- 1) гематома;
- 2) нагноение;
- 3) инфильтрат;
- 4) расхождение краев без эвентрации;
- 5) расхождение краев с эвентрацией;
- 6) лигатурный свищ;
- 7) кровотечение из раны брюшной стенки.

II. Острые воспалительные процессы в брюшной полости:

- 1) инфильтраты и абсцессы илеоцекальной области;
- 2) абсцессы дугласова пространства;
- 3) межкишечные;
- 4) забрюшинные;
- 5) поддиафрагмальные;
- 6) подпеченочные;
- 7) местный перитонит;
- 8) разлитой перитонит.

III. Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта:

- 1) динамическая кишечная непроходимость;
- 2) острая механическая кишечная непроходимость;
- 3) кишечные свищи;
- 4) желудочно-кишечные кровотечения.

IV. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы:

- 1) сердечно-сосудистая недостаточность;
- 2) тромбофлебит;
- 3) пилефлебит;
- 4) эмболия легочной артерии;
- 5) кровотечение в брюшную полость.

V. Осложнения со стороны дыхательной системы:

- 1) бронхит;
- 2) пневмония;
- 3) плеврит (сухой, экссудативный);
- 4) абсцессы и гангрена легких;
- 5) ателектаз легких.

VI. Осложнения со стороны выделительной системы:

- 1) задержка мочи;
- 2) острый цистит;
- 3) острый пиелит;
- 4) острый нефрит;
- 5) острый пиелостит.

## **2. Хронический аппендицит**

Хронический аппендицит развивается обычно после острого приступа и является результатом тех изменений, которые произошли в отростке в период острого воспаления. В червеобразном отростке иногда остаются изменения в виде рубцов, перегибов, спаек с близлежащими органами, которые могут вызывать воспаление слизистой червеобразного отростка и продолжение хронического воспалительного процесса.

**Клиническая картина** при различных формах хронического аппендицита весьма разнообразна и не всегда достаточно характерна. Чаще всего больные жалуются на постоянную боль в правой подвздошной области, иногда эта боль носит приступообразный характер.

Если после перенесенного приступа острого аппендицита болевые приступы в брюшной полости периодически повторяются, то такая форма хронического аппендицита называется рецидивирующей.

В некоторых случаях хронический аппендицит с самого начала протекает без острого приступа и называется первично хроническим аппендицитом, или бесприступным.

При хроническом аппендиците одни больные связывают приступы болей в животе с приемом пищи, другие — с физической нагрузкой, а многие не могут назвать причину их появления. Часто они предъявляют жалобы на расстройства деятельности кишечника, сопровождающиеся запорами или поносами с неопределенными болями внизу живота.

При наличии у больных в анамнезе одного или нескольких острых приступов аппендицита диагноз хронического аппендицита порой не представляет больших трудностей.

При объективном обследовании больные с хроническим аппендицитом жалуются только на болезненность при пальпации в месте расположения червеобразного отростка. Однако эта болезненность может быть связана с другими заболеваниями органов брюшной полости. Поэтому при постановке диагноза «хронический аппендицит» необходимо всегда исключить другие заболевания органов брюшной полости путем тщательного и всестороннего обследования больного.

Хронический аппендицит необходимо дифференцировать от неосложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, заболеваний почек, печени и др.; хронических заболеваний почек (пиелиты, почечнокаменная болезнь); хронического холецистита — дуоденальное зондирование, холецистография. У женщин исключают хронические заболевания придатков матки. Кроме того, необходимо дифференцировать хронический аппендицит от глистной инвазии и туберкулезного мезоаденита.

**Лечение** хронического аппендицита — хирургическое.

Методика данной операции аналогична методике операции при остром аппендиците.

---

---

## Содержание

---

---

<b>ЛЕКЦИЯ № 1. Заболевания пищевода</b> . . . . .	3
1. Функциональные заболевания . . . . .	4
2. Дивертикулы пищевода . . . . .	5
3. Инородные тела . . . . .	5
4. Ожоги пищеварительного тракта . . . . .	6
5. Рак пищевода . . . . .	8
<b>ЛЕКЦИЯ № 2. Заболевания желудка</b> и двенадцатиперстной кишки . . . . .	10
1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки . . . . .	11
2. Стеноз привратника . . . . .	13
3. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки . . . . .	16
4. Острые гастродуоденальные кровотечения . . . . .	17
5. Поздние осложнения после операций на желудке . . . . .	20
6. Рак желудка . . . . .	21
<b>ЛЕКЦИЯ № 3. Заболевания толстого кишечника</b> и прямой кишки. . . . .	24
1. Доброкачественные опухоли . . . . .	27
2. Дивертикулы . . . . .	28
3. Неспецифический язвенный колит . . . . .	28
4. Рак ободочной кишки . . . . .	31

5. Геморрой . . . . .	37
6. Проктит . . . . .	39
7. Трещины заднего прохода . . . . .	40
8. Острый парапроктит . . . . .	42
9. Свищи прямой кишки . . . . .	45
10. Полипы прямой кишки . . . . .	47
11. Рак прямой кишки . . . . .	48
12. Эпителиально-копчиковые ходы . . . . .	50
13. Кишечная непроходимость . . . . .	53
14. Отдельные формы и виды механической кишечной непроходимости . . . . .	59

**ЛЕКЦИЯ № 4. Заболевания органов**

панкреато-билиарной системы . . . . .	66
1. Острый холецистит . . . . .	73
2. Хронический холецистит . . . . .	80
3. Рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков . . . . .	80
4. Абсцессы печени . . . . .	81
5. Опухоли печени . . . . .	82
6. Острый панкреатит . . . . .	86
7. Хронический панкреатит . . . . .	92
8. Кисты поджелудочной железы . . . . .	95
9. Рак поджелудочной железы . . . . .	96

**ЛЕКЦИЯ № 5. Эндемический и sporadический зобы . . . . .**

1. Эндемический зоб . . . . .	98
2. Sporadический зоб . . . . .	99
3. Диффузный токсический зоб . . . . .	100
4. Узловой токсический зоб (токсическая аденома) . . . . .	102

5. Гипотиреоз и микседема .....	106
6. Рак щитовидной железы .....	107
7. Аутоиммунный тиреоидит (зоб Хасимото) .....	109
<b>ЛЕКЦИЯ № 6. Рак молочной железы .....</b>	<b>111</b>
1. Эпидемиология .....	111
2. Анатомия и физиология .....	111
3. Основные патогенетические формы проявления рака молочной железы .....	112
4. Международная классификация рака молочной железы по системе TNM (6-е издание, 2003 г.) .....	113
5. Клинические формы рака молочной железы .....	114
6. Диффузные формы рака молочной железы .....	115
7. Диагностика РМЖ .....	117
8. Лечение .....	119
<b>ЛЕКЦИЯ № 7. Грыжи живота .....</b>	<b>122</b>
1. Неосложненные грыжи .....	123
2. Паховые грыжи .....	125
3. Бедренные грыжи .....	131
4. Пупочные грыжи .....	134
5. Грыжи белой линии живота .....	136
6. Послеоперационные грыжи .....	137
7. Редкие формы грыж .....	139
8. Осложнения грыж .....	141
<b>ЛЕКЦИЯ № 8. Аппендицит .....</b>	<b>145</b>
1. Острый аппендицит .....	145
2. Хронический аппендицит .....	155

*Селезнева Т. Д.*

КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ  
ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ

Завредакцией медицинской литературы: *Н. П. Трофимова*

Корректор: *Е. Ю. Шушакова*

Технические редакторы: *Е. Д. Серова, К. А. Трушакина*

Компьютерная верстка: *Д. А. Грязнов*

Формат: 84 × 108/32

Гарнитура: «Таймс»