

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**  
шпаргалка

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткая анатомо-физиологическая характеристика, методы исследования, классификация заболеваний пищевода	1аб	35. Острый холецистит	35аб
2. Функциональные заболевания, дивертикулы пищевода, инородные тела	2аб	36. Специфические симптомы острого холецистита, неосложненный холецистит	36аб
3. Ожоги пищеварительного тракта	3аб	37. Осложненный холецистит	37аб
4. Рак пищевода	4аб	38. Дифференциальная диагностика и лечение острого холецистита	38аб
5. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	5аб	39. Абсцессы печени	39аб
6. Стеноз привратника	6аб	40. Опухоли печени	40аб
7. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	7аб	41. Синдром портальной гипертензии	41аб
8. Острые гастродуоденальные кровотечения	8аб	42. Острый панкреатит	42аб
9. Рак желудка	9аб	43. Острый отек поджелудочной железы, геморрагический панкреатит, панкреонекроз	43аб
10. Краткая анатомо-физиологическая характеристика толстого кишечника	10аб	44. Дифференциальная диагностика и лечение панкреатита	44аб
11. Методы исследования толстого кишечника	11аб	45. Хронический панкреатит	45аб
12. Колоноскопия, полипы, липомы, дивертикулы	12аб	46. Кисты и рак поджелудочной железы	46аб
13. Неспецифический язвенный колит	13аб	47. Эндемический зоб	47аб
14. Ректороманоскопия, ирригоскопия, биопсия, лечение	14аб	48. Диффузный токсический зоб	48аб
15. Рак ободочной кишки	15аб	49. Классификация степеней тяжести тиреотоксикоза	49аб
16. Диагностика рака ободочной кишки	16аб	50. Узловой токсический зоб	50аб
17. Лечение рака ободочной кишки	17аб	51. Лечение анти тиреоидными препаратами, хирургическое лечение	51аб
18. Геморрой	18аб	52. Гипотиреоз, микседема, классификация рака щитовидной железы	52аб
19. Трещины заднего прохода	19аб	53. Лечение рака щитовидной железы, зоб Хасимото	53аб
20. Острый парапроктит	20аб	54. Анатомия и физиология молочной железы, формы проявления рака молочной железы	54аб
21. Гнойники при парапроктите, диагностика, лечение	21аб	55. Классификация рака молочной железы по системе TNM	55аб
22. Свищи прямой кишки	22аб	56. Классификация метастазов, клинические формы рака молочной железы	56аб
23. Рак прямой кишки	23аб		
24. Эпителиально-копчиковые ходы	24аб		
25. Кишечная непроходимость	25аб		
26. Паралитическая кишечная непроходимость, механическая кишечная непроходимость, клиника	26аб		
27. Диагностика кишечной непроходимости	27аб		
28. Отдельные формы и виды механической кишечной непроходимости (обтурационная, странгуляционная и заворот кишечника)	28аб		
29. Заворот тонкой кишки	29аб		
30. Узлообразование кишечника	30аб		
31. Анатомо-физиологическая характеристика билиарной зоны	31аб		
32. Поджелудочная железа	32аб		
33. Методы исследования печени	33аб		
34. Биопсия печени и методы исследования желчного пузыря и желчных протоков	34аб		

### 1а 1. Краткая анатомо-физиологическая характеристика, методы исследования, классификация заболеваний 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, рентгенокинематографию, 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;

### 2а 2. Функциональные заболевания, дивертикулы пищевода, инородные тела

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 кардиодилатора типа Штарка или пневматического дилатора. Лечение кардиоспазма с помощью кардиодилатора 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.

### 3а 3. 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 минимального 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.

### 4а 4. 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.

#### **26 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 дивертикул — хирургический. Операции подлежат дивертикулы II и III стадии и особенно осложненные.

#### **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.

**46** 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.

Противопоказанием 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, чрезплеврально-брюшинный, брюшинный, чрезбрюшинно-плевральный. Если опухоль распространилась на дно желудка, для обходного анастомоза используют петлю тонкой кишки.

**16** 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, установить 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.

**36** 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 бурирование пищевода или дренирование его просвета трубками целесообразно начинать на 4—6-й, в тяжелых — на 8—10-й день.

**5а****5. 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.

**6а****6. 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 исследовании 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 боль-

**7а****7. 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, немного 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—Блюмберга 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).

**8а****8. 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 считается.

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 че-

**66** ные стараются вызвать ее сами. При объективном исследовании у большинства больных обнаруживается натошак «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. 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.

**86** рез 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 гастродуоденальных 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.

**56** К абсолютным показаниям относятся перфорация (прободение) язвы, неостанавливаемое кровотечение, органический стеноз 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 гастроэнтеростомиию.

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 накладывает межкишечный анастомоз по Брауну. При второй операции тонкую кишку подшивают позади поперечно-ободочной кишки к задней стенке желудка.

**76** Прободную язву желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать от острого аппендицита, острого 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. 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, пневмо-склероза и эмфиземы легких.

**9а****9. 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 методов, так и новых приемов (парие-тография, 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;

**10а****10. Краткая анатомо-физиологическая характеристика толстого кишечника**

**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 салниковых 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 внутри 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

**11а****11. 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, парие-тографию, колоноскопию, исследование функции анального жома, копрологический анализ.

Наружный осмотр. Детальный осмотр промежностно-анальной области необходим во всех случаях, когда больная предьявляет 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.

**12а****12. Колоноскопия, полипы, липомы, дивертикулы**

**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.

**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 наполнения.

**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 яв-

**106** 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*. Образовав 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.

**126** 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 локализируются 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.

**Дивертикулы.** Дивертикулы ободочной кишки являются приобретенными ограниченными мешковидными расширениями и встречаются в основном у лиц старше 40 лет. Чаще они локализируются 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.

**96** 3) раки с эндоэзофитным 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.

**116** **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.



### 13a 13. 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 аутоиммунноагрессии.

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, большой неопытен, угнетен, наблюдается истощение подкожной клетчатки, бледность кожи и слизистых с иктеричным оттенком, гектическая

### 14a

### 14. Ректороманоскопия, ирригоскопия, биопсия, лечение

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 биоло-

### 15a

### 15. 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.

**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.

### 16a

### 16. Диагностика рака ободочной кишки

**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 сборе 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 придает пальпаторному исследованию, успех которого зависит не только от степени опорожнения кишечника и расслабления мышц передней брюшной стенки, но и от анатомической локализации

**146** гической активности вводимых препаратов, сбалансированности аминокислот.

Внутривенно вводятся электролиты: соли натрия, калия, кальция, магния, хлора, фосфора, железа; подкожно — утренняя 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.

**166** 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 дуэласовом 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.

**136** температура тела, тахикардия, вздутие живота, сухой язык, олигурия, лейкоцитоз, пейтрофильный сдвиг лейкоцитной формулы влево, гипопротеминемия, 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 гемостаза;
- 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.

**156** 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.

MI — 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.

### 17a 17. Лечение рака ободочной кишки

**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 трудноперевариваемые и грубые продукты — картофель, капуста, грибы, фрукты и др.

Для устранения обезвоживания организма и гипопротемии 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 сернистой 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 бензофтол и салол, за двое суток до операции — антибиотик.

### 18a 18. 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, прощупывается 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.

### 19a 19. 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, мочевой 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.

### 20a 20. Острый парапроктит

**Острым парапроктитом** называют все острые гнойные поражения стенки прямой кишки и окружающей ее клетчатки. В это же понятие включают параректальные гнойники, 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, разрывление слизистой, а также длительные поносы могут вызвать ее надрывы и экскориаии.

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 гнойной, 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 под-

**186** 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.

**206** кожной клетчатке с какой-либо стороны от заднего прохода (перианальный абсцесс).

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

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. Флуктуация 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.

**176** 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, как и современные кселода, доксорубин (антроциклины), паклитаксел (таксан) и т. п. Препараты вводят как внутривенно, так и внутривентриально в брюшную полость по дренажам, специально оставленным во время операции. При метастазах в печень препараты вводят в круглую связку печени.

**196** 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 спирто-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 хроническая 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.

**21a****21. Гнойники при парапроктите, диагностика, лечение**

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

Гнойники при тазово-прямокишечном парапроктите локализуются 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 предстательки и широких связок матки у женщин.

**Клинические признаки заболевания:** боли и чувство тяжести в тазу, постоянное давление на низ; боли иррадируют 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

**22a****22. 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 прилегающими 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, ретроректальные 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.

**23a****23. 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 лентообразная 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

**24a****24. Эпителиально-копчиковые ходы**

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-гнойной 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.

**226** 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 шнуровидный 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.

**246** После самостоятельного или оперативного вскрытия гноиника 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.

**216** выше анального отверстия. Иногда при локализации гноиника справа имеются признаки острого аппендицита. Были случаи, когда гноиник 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 верхушкой 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 гноиника вместе с пораженными криптами по Габриэлю.

При глубоких (ишиоректальных, пельвиоректальных, ретроректальных) 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 гноинного хода к линии крипт, то можно ограничиться широким дугообразным вскрытием абсцесса и дренированием полости.

**236** в клетчатку таза или соседние органы — предстательную железу, мочиспускательный 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 stenozующих раках отмечают резкое расширение пустой ампулы. В некоторых случаях определяют инфильтрацию стенки прямой кишки без четких границ, следы крови или кровянисто-гноинные 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.

**25a 25. 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.

**26a 26. Паралитическая кишечная непроходимость, механическая кишечная непроходимость, клиника**

**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 обмена, 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.

**27a 27. Диагностика кишечной непроходимости**

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 Ваяля. 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. Склиаровым в 1922 г.

**28a 28. Отдельные формы и виды механической кишечной непроходимости (обтурационная, странгуляционная и заворот кишечника)**

**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, вызван-

**266** **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 сборе 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 спаечной 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 вызваны усилением перистальтики петель кишечника.

**286** ной 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 относится 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°, 360°) 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.

**256** 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.

**276** 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.



29a

## 29. Заворот тонкой кишки

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

Наиболее ранний симптом заворота тонкой кишки — острейшая, 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.

30a

## 30. 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 локализируются в пупочной или подложечной области, носят постоянный характер с периодическими усилениями. Большей 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 омертвения петель кишечника развивается картина перитонита.

31a

## 31. Анатомо-физиологическая характеристика билиарной 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 ки-

32a

## 32. Поджелудочная железа

**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 незначительном количестве трепсин 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 же-

**306** 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.

**326** лезы, 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 содержимого 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.

**296** 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 заворота.

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 отсекают спайки, которые способствуют завороту.

При явных признаках омертвления (черный цвет и тусклость серозного покрова кишки, наличие иxorозно-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).

**316** слородом, 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 химическими 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.

**Желчный пузырь** (*vesica felleae*) 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 пузырный проток. Кровоснабжение желчного пузыря осуществляется из пузырной 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*).

### 33a 33. 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., по-

### 34a 34. Биопсия печени и методы исследования желчного пузыря и желчных протоков

**Пункционная биопсия 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 Фейбреса) и пероральная, внутривенная или инфузионная холеграфия.

При дуоденальном зондировании с применением красочной пробы Фейбреса больному за 14 ч до зондирования дают перорально 0,15 г метиленовой сини и в течение этого времени запрещают есть и пить. Д. Фейбрес (1942 г.) установил, что метиленовая синь, введенная внутрь, выводится частично почками, частично печеню. 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.

### 35a 35. 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) Пробоной 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 по-

### 36a 36. Специфические симптомы острого холецистита, неосложненного холецистита

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 удлиненной 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 (френикусимптом) — болезненность при пальпации в надключичной области в точке, расположенной между ножками грудина-ключично-сосцевидной мышцы справа;
- 6) симптом Боаса — болезненность при пальпации окологривной зоны на уровне IX—XI грудных

**346** 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 билираста.

**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.

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

**366** 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 г<sup>109</sup>/л, температура 37,6 °С, редко — до 38 °С, 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.

**336** вышение 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.

**356** явлением 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 пузыряного 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.

**37a****37. Осложненный холецистит**

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 появляются 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 оканчивается. 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 прилегают 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 холедо-холитиаза, холангита, стриктуры холедоха, папиллита, стеноза фатерова соска. Основной симптом этой формы — механическая желтуха, наиболее частой причиной которой являются

**38a****38. Дифференциальная диагностика и лечение острого холецистита**

**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

**39a****39. 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, перитриации 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 иррадируют в правое плечо, лопатку, спину, ограничивается подвижность диафрагмы, становится затрудненным дыхание.

**40a****40. 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) веретеннообразно-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 прида-

**386** 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 холецистэктомии нет оснований.

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

**376** 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.

**406** ет 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 изучения правого купола диафрагмы: высокое его стояние, деформация).

**396** 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 субактиричность, 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 г/109/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.

**41a 41. 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 кровотечение 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 Багда—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 травм, локальных воспалительных процессов).

3. Внепеченочная блокада портального кровообращения:

- 1) флбосклероз, облитерация, тромбоз воротной вены или ее ветвей;

**42a 42. Острый панкреатит**

Под термином «острый панкреатит» подразумевают не только воспаление поджелудочной железы, но и ее острое заболевание, сопровождающееся некрозом паренхимы железы и жировой ткани, а также обширными кровоизлияниями в поджелудочную железу и брюшинную 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, инфекционотоксические 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 эпигастриальной 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.

**43a 43. Острый отек поджелудочной железы, геморрагический панкреатит, панкреонекроз****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 эпигастриальной 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 за-

**44a 44. Дифференциальная диагностика и лечение панкреатита**

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% строфан-

**426** 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.

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.

**446** тин 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.

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.

**416** 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.

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 портальнопеченочном 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 портальнопеченочном и центральном кровообращении.

**436** тем 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.



**45а****45. 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 биллиарной гипертензией, образованием кист и свищей поджелудочной железы, портальной гипертензией и др.

**46а****46. Кисты и рак поджелудочной железы****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) опухольевые — 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.

**47а****47. 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 расстройством

**48а****48. 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 пуче-

**466** 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).

#### **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 периневральным и перивазальным.

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.

**486** Глазgia, характерен ряд таких симптомов, как расширение глазных щелей (симптом Дельримпья), 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 вверх (симптом Жоффруа).

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.

**456** 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 эпигастриальной 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 чаще развитием симптомов сахарного диабета и реже — гипогликемией.

**476** Дыхания наступает при за грудиной 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.

#### 49a 49. Классификация степеней тяжести тиреотоксикоза

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 выраженные 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, туловища). 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 усилен-

#### 50a 50. Узловой токсический зоб

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 — нервной, 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 ра-

#### 51a 51. Лечение анти тиреоидными препаратами, хирургическое лечение

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 тиреоидные) 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 явлений 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 тиреоидным (тиреостатическим) веществом. Его тиреостатический эффект связан с торможением щитовидной железы накапливать йод, что приводит к угнетению об-

#### 52a 52. Гипотиреоз, микседема, классификация рака щитовидной железы

##### 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

**506** диоактивным 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.

Больному 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.

**526** 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.

#### **Рак щитовидной железы**

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.

N1b — двусторонние, или контралатеральные, узлы.

M — отдаленные метастазы.

MO — метастазы отсутствуют.

M1 — метастазы имеются.

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

**496** ное 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, иногда доходящее 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.

**516** разования 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.

**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 предоперационной подготовке, которая должна проводиться с учетом возможных сопутствующих заболеваний.

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.

53a

### 53. Лечение рака щитовидной железы, зоб Хасимото

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 метастатическом раке щитовидной железы или метастатической стадии заболевания. При этом главным условием начала терапии является отсутствие ткани щитовидной железы (выполняется тиреоидэктомия).

#### Аутоиммунный тиреоидит (зоб Хасимото)

В основе этого заболевания лежит диффузная инфильтрация лимфоцитами паренхимы щитовидной железы.

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

54a

### 54. Анатомия и физиология молочной железы, формы проявления рака молочной железы

#### 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) парастеральный путь;
- 4) ретростеральный путь;
- 5) межреберный путь;
- 6) перекрестный путь осуществляется по кожному и подмышечному лимфатическим сосудам, переходящим в среднюю линию;

55a

### 55. Классификация рака молочной железы по системе TNM

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.

56a

### 56. Классификация метастазов, клинические формы рака молочной железы

M — отдаленные метастазы

Mx — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

MO — нет признаков отдаленных метастазов.

M1 — имеются отдаленные метастазы.

#### 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

**546** 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.

**Формы проявления рака молочной железы**

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

**566** 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.

**536** 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.

**556** 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.

**Селезнева Т. Д.**  
**ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**  
**шпаргалка**

Зав. редакцией: *Грама М. Н.*  
Редактор: *Анохина Я. С.*

ООО «Издательство «Эксмо»  
127299, Москва, ул. Клары Цеткин, д. 18/5. Тел.: 411-68-86, 956-39-21  
**Home page: [www.eksmo.ru](http://www.eksmo.ru) E-mail: [info@eksmo.ru](mailto:info@eksmo.ru)**

Формат 60×90 1/16.