СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Учебно-методическое пособие

2025

СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Учебно-методическое пособие

Санкт-Петербург
Наукоемкие технологии
2025

УДК 617(075.8)
ББК 54.5я73
О-66

Авторы:

Мария Анатольевна Орлюк – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней медицинского факультета, Московский Университет «Синергия».
Роль: ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование.

Олег Игоревич Нечаев – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней медицинского факультета, Московский Университет «Синергия».
Роль: ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование.

Елена Александровна Чулкова – кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней медицинского факультета, Московский Университет «Синергия».
Роль: ресурсы, концептуализация, методология, редактирование пособия, администрирование проекта.

Елена Владиславовна Тихомирова – кандидат медицинских наук, доцент кафедры сестринского дела медицинского факультета, Московский Университет «Синергия».
Роль: ресурсы, создание черновика пособия, создание пособия и ее редактирование.

Сергей Владимирович Анпилогов.
Роль: ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование.

Татьяна Андреевна Орлюк.
Роль: ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование.

Татьяна Дмитриевна Комова – кандидат медицинских наук.
Роль: ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование.

Рецензент:

Владимир Аркадьевич Самарцев – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии
Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е. А. Вагнера

Орлюк М. А.

О-66 Сборник ситуационных задач по факультетской хирургии: учебно-методическое пособие / М. А. Орлюк, О. И. Нечаев, Е. А. Чулкова, Е. В. Тихомирова, С. В. Анпилогов, Т. А. Орлюк, Т. Д. Комова. – СПб.: Наукоемкие технологии, 2025. – 124 с.

ISBN 978-5-00271-014-0

В пособии рассмотрены ключевые хирургические патологии, включая острый аппендицит, холецистит, панкреатит, перфоративную язву, гнойный перитонит, грыжи живота, рак желудка и кишечника, хронический панкреатит, а также гастродуоденальные кровотечения. Каждый раздел содержит рекомендованную литературу и ситуационные задачи с типовыми и осложнёнными клиническими случаями, позволяющие отработать алгоритмы диагностики и лечения. В конце пособия приведены развёрнутые ответы, что способствует самоконтролю и закреплению знаний. Издание служит практическим дополнением к теоретическому курсу, помогая подготовиться к экзаменам и клинической практике.

Предназначено для студентов медицинских вузов и практикующих врачей, совершенствующих навыки клинического мышления.

ISBN 978-5-00271-014-0 © Орлюк М. А., Нечаев О. И., 2025

Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ 5

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ 7

Рекомендованная литература 13

Ситуационные задачи 13

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ 17

Рекомендованная литература 22

Ситуационные задачи 23

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ 27

Рекомендованная литература 33

Ситуационные задачи 34

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА 39

Рекомендованная литература 43

Ситуационные задачи 43

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИТОНИТ 48

Рекомендованная литература 54

Ситуационные задачи 55

ГРЫЖИ ЖИВОТА 61

Рекомендованная литература 68

Ситуационные задачи 69

РАК ЖЕЛУДКА 73

Рекомендованная литература 77

Ситуационные задачи 78

РАК ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ 83

Рекомендованная литература 87

Ситуационные задачи 87
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ 92
Рекомендованная литература 96
Ситуационные задачи 96
ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ..... 102
Рекомендованная литература 104
Ситуационные задачи 105
ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ..... 110
ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ 110
ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ 111
ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ..... 112
ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА..... 114
ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИТОНИТ..... 115
ГРЫЖИ ЖИВОТА 117
РАК ЖЕЛУДКА 118
РАК ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ..... 119
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ 120
ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ..... 121

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее учебно-методическое пособие предназначено для студентов медицинских вузов, врачей-ординаторов и специалистов, стремящихся углубить свои знания в области хирургии.

Целью настоящего издания является обеспечение помощи студентам-медицинских направлений при подготовке к практическим занятиям по общей хирургии, также в развитии клинического мышления, которое включает в себя умение анализировать клиническую информацию, принимать обоснованные решения и планировать лечение в условиях ограниченной информации и времени, а также в формировании у студентов и молодых специалистов практических навыков и компетенций, необходимых для эффективного диагностирования, принятия решений и оказания неотложной помощи в условиях клинической практики.

Важным аспектом является создание мотивационной и поддерживающей образовательной среды, которая стимулирует интерес к предмету и способствует закреплению знаний через практическую деятельность. Обратная связь и рефлексия позволяют обучающимся анализировать свои действия, выявлять ошибки и совершенствовать навыки, что соответствует принципам педагогики, ориентированной на развитие профессиональных компетенций.

Таким образом, решение ситуационных задач обеспечивает не только передачу знаний, но и формирование у студентов умений и навыков, необходимых для успешного решения клинических задач, что в конечном итоге способствует подготовке компетентных и уверенных в себе специалистов в области хирургии, что способствует повышению качества хирургической помощи.

В данном учебно-методическом пособии приводятся ситуационные задачи согласно тематическим разделам, охватывающих как фундаментальные принципы хирургии, так и актуальные проблемы,

стоящие перед современным хирургом, перед каждым разделом содержится небольшой теоретический базис, список литературы, необходимый для полноценной подготовки и способствующий освоению соответствующей темы и совершенствованию ОПК-7 компетенций.

Задачи дисциплины:

- освоение основных понятий, приобретение знаний по этиологии и патогенезу часто встречающихся хирургических заболеваний органов пищеварения;
- обучение выбору оптимальных методов обследования больных с хирургической патологией;
- обучение составлению алгоритма дифференциальной диагностики на основании клиники и дополнительных методов обследования при хирургических заболеваниях органов дыхания и пищеварения, сосудов, молочной железы;
- формирование навыка формулировки клинического диагноза на основании обследования пациентов хирургического профиля;
- обучение выбору оптимальных методов профилактики, схем лечения и реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями органов пищеварения.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Острый аппендицит — это воспаление аппендикса, который является придаточным образованием слепой кишки. Основными симптомами острого аппендицита являются боли внизу живота, тошнота, рвота и субфебрильная температура тела. Лечение острого аппендицита требует неотложного хирургического вмешательства.

Классификация.

Острый аппендицит

– катаральный (простой, поверхностный);

– флегмонозный;

– эмпиема червеобразного отростка;

– гангренозный.

Осложнения

– перфорация червеобразного отростка;

– аппендикулярный инфильтрат (дооперационное выявление);

– аппендикулярный инфильтрат (интраоперационное выявление);

– рыхлый;

– плотный;

– периаппендикулярный абсцесс (дооперационное выявление);

– периаппендикулярный абсцесс (интраоперационное выявление);

– перитонит.

Червеобразный отросток выполняет следующие функции:

– моторную (сократительную) – червеобразный отросток слепой кишки перистальтирует, разные слои мускулатуры аппендикса могут сокращаться тонически и периодически, регулирует функцию баугиниевой заслонки;

– секреторную – выделяет перистальтический гормон и амилазу;

– иммунную (продукция антител) – является «кишечной миндальной», обеспечивает естественную резистентность организма, местный иммунитет;

– стабилизирующую – аппендикс поддерживает микрофлору толстой кишки, являясь подобием инкубатора (термостата) для кишечной палочки, из которого она поступает в слепую и другие отделы толстой кишки.

Этиология и патогенез.

Четыре основные теории: инфекционную; ангионевротическую; механическую; токсико-аллергическую.

Стадии течения: катаральная стадия острого аппендицита чаще всего длится 6-12 ч.; флегмонозный аппендицит обычно развивается через 12 ч от начала заболевания; гангренозный — спустя 24-48 ч.; прободение червеобразного отростка при прогрессирующем течении наступает, как правило, через 48 ч.

Диагностика.

Основной жалобой при остром аппендиците является **БОЛЬ**, которая обусловлена достаточно быстрым развитием воспаления в ответ на инфекционный процесс, развивающийся в червеобразном отростке слепой кишки. Боль продолжается непрерывно и имеет склонность усиливаться при попытке изменить положение тела. Положение тела и походка больного становятся скованными: он придерживает рукой живот, ходит, чуть согнувшись вперед и вправо, старается удобно лечь на спине или на правом боку с прижатой к животу ногой, при ходьбе прихрамывает на правую ногу.

При аппендиците боли:

- Сначала возникают в эпигастральной области, потом перемещаются в правую подвздошную (**с. Кохера**)
- Усиливаются при кашле (**с. Черемского-Кушниренко**)
- Усиливаются при глубоком вдохе (**с. Ризваша**)
- Усиливаются при втягивании живота (**с. Долинина**)
- Усиливаются при повороте на левый бок (**с. Ситковского**).

Напряжение мышц передней брюшной стенки Защитная реакция – спастическое сокращение мышц. Болевые ощущения и напряжение мышц брюшной стенки проецируются на брюшную стенку в соответствии с

расположением воспаленного червеобразного отростка слепой кишки, а при развитии перитонита – и с распространением экссудата.

Аппендикулярные симптомы.

С. Раздольского – при проведении перкуссии передней стенки брюшной полости в правой подвздошной области определяется болезненность.

С. Ровзинга – усиление болевого ощущения в правой подвздошной области при осуществлении давления на сигмовидную кишку (она располагается в левой подвздошной области) и толчкообразных воздействий выше сигмовидной кишки.

С. Воскресенского (симптом «рубашки», симптом скольжения), при котором боль усиливается, если вскользь провести рукой через рубашку больного по направлению от подложечной области к правой подвздошной.

С. Щёткина–Блюмберга — резкое усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания.

Тактика лечения.

Подозрение (невозможность исключить) на острый аппендицит – абсолютное показание к госпитализации. На догоспитальном этапе необходимы голод, местная гипотермия (холод на правую подвздошную область). Больных с подозрением на деструктивную форму острого аппендицита транспортируют только на носилках.

Лабораторные методы.

В ***общем анализе крови*** отдельное внимание уделяется разбору лейкоцитарной формулы, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (увеличение относительного количества незрелых гранулоцитов) –весомый диагностический признак.

Общий анализ мочи представляет собой диагностическое исследование, позволяющее оценить дифференциально-диагностические критерии.

Инструментальные методы.

При подозрении на острый аппендицит **УЗИ** проводится в горизонтальном положении пациента на спине и на левом боку. Желательным условием является наполненный мочевой пузырь (поскольку в этом случае возможна дифференциальная диагностика с урологической патологией).

К достоверным **ультразвуковым симптомам** острого аппендицита относят следующие: повышение контрастности структур аппендикса, отсутствие в нем перистальтики, увеличение его размеров, утолщение и ригидность стенки при дозированной компрессии, инфильтрация брыжейки. Косвенными ультразвуковыми признаками острого аппендицита являются: воспалительный инфильтрат в правой подвздошной области, парез петель тонкой кишки, изолированная компрессии, инфильтрация восходящего отдела толстой кишки и наличие свободной жидкости в брюшной полости.

На обзорной рентгенографии: уровень жидкости в слепой кишке и терминальном отделе подвздошной кишки (симптом «сторожевой петли»); пневматоз подвздошной и правой половины ободочной кишки; деформация медиального контура слепой кишки; нечеткость контура подвздошно-поясничной мышцы; определение тени калового камня в проекции аппендикса; свободный газ в брюшной полости при перфорации червеобразного отростка слепой кишки.

Лапароскопия – важный диагностический и лечебный метод. Прямыми лапароскопическими признаками острого аппендицита считаются: гиперемия висцеральной и париетальной брюшины, пленки фибрина, инфильтрация брыжейки, ригидность аппендикса («симптом карандаша»).

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с такими заболеваниями как – перфоративная язва, острый холецистит, острый панкреатит, нарушенная внематочная беременность, апоплексия яичника, почечная колика.

Операция:

- Открытая, разрезом по Волковичу – Дьяконову

- Лапароскопическая
    - Многопортовая лапароскопия: используются три точки доступа для введения инструментов и камеры, что позволяет хирургу проводить манипуляции с высокой точностью
    - Однопортовая лапароскопия: операция выполняется через один доступ, обычно расположенный в области пупка. Этот метод способствует более косметически приятному результату.

Осложнения острого аппендицита:

Аппендикулярный инфильтрат – это ограниченная воспалительная опухоль, образовавшаяся вокруг поражённого червеобразного отростка, к которому фибринозными наложениями прикрепляются петли кишечника, сальник и близко расположенные органы. ***Рыхлый инфильтрат*** – разделение возможно тупым путем без травматизации органов, входящих в его состав, возможно, аппендэктомия технически выполнима и показана. ***Плотный инфильтрат*** – в этом случае воспалительный инфильтрат невозможно разделить тупым путем. В случае «острого» разделения инфильтрата имеется риск перфорации входящей в инфильтрат тонкой или слепой кишки, поэтому такие больные лечатся консервативно.

Периаппендикулярный абсцесс является следствием абсцедирования аппендикулярного инфильтрата. Клинические проявления развиваются на 5-7 сутки от начала заболевания. Характерной клиникой является появление в эти сроки проявлений системной реакции на воспаление (гипертермия, ознобы), усугубление проявлений интоксикационного синдрома. При этом сохраняется малоинтенсивная боль в правой подвздошной области, которая может приобретать пульсирующий характер и усиливаться при движении. После обнаружения и вскрытия гнойной полости эвакуируют гной, санируют полость антисептиками, после чего оценивают технические возможности выполнения аппендэктомии.

Межкишечный абсцесс развивается в послеоперационном периоде в результате скопления инфицированного перитонеального экссудата в

складках брыжейки и между петлями тонкой кишки. После светлого промежутка абсцесс формируется на 5-7 сутки после аппендэктомии.

Поддиафрагмальный абсцесс формируется из-за скопления инфицированного выпота в поддиафрагмальном пространстве справа в результате распространения его по правому боковому каналу. Особенности клинической картины: болевой синдром (характерны тупые боли в правом подреберье и нижних отделах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе) и плевропульмональный синдром (наличие сухого малопродуктивного кашля, клинические проявления экссудативного плеврита справа, развитие пневмонии в нижней доле справа). Вскрытие абсцесса выполняют внебрюшинным или внеторакальным доступом.

Тазовый абсцесс (абсцесс дугласова пространства) развивается вследствие отграничения инфицированного выпота в пузырно-прямокишечном (у мужчин) или маточно-прямокишечном (у женщин) пространстве при неполноценной санации брюшной полости. Признаками абсцесса будут неопределенные боли внизу живота, иррадиирующие в промежность, симптомы реактивного проктита (учащенная болезненная дефекация; тенезмы; патологические примеси (слизь, кровь) в кале), дизурические расстройства. Наличие тазового абсцесса является абсолютным показанием к его дренированию. Вскрытие тазового абсцесса необходимо выполнять внебрюшинно, как правило, у женщин – через задний свод влагалища, а у мужчин – через переднюю стенку прямой кишки.

Пилефлебит – инфицированный тромбоз воротной вены в результате гематогенного распространения инфекции из вен червеобразного отростка. Патогенез: инфекция из тромбированных вен брыжейки отростка распространяется проксимально по подвздошно-ободочным, брыжеечным венам, в исходе обуславливая развитие тромбоза ствола воротной вены и формирование пилефлебитических абсцессов печени. Клиника: проявления ангиогенного сепсиса с первых суток послеоперационного периода; остро

возникшая портальная гипертензия с подпеченочным уровнем блока; клиника не разрешающегося пареза кишечника.

Рекомендованная литература

Обязательная

Факультетская хирургия в 2 ч. Часть 2: учебник для вузов / Н. Ю. Котаненко [и др.]; под редакцией Н. Ю. Котаненко. — Москва: Издательство Райт, 2020.

Дополнительная

Мяконький, Р. В. Аппендицит. Известное и новое: монография / Р. В. Мяконький, К. О. Каплунов. – Волгоград: Издательство Волгу, 2024. – 396 с.

Мондор Г. Неотложная диагностика. Живот: Перевод с франц. по изд. 1940 г. Том 1. – СПб.: Мебуке, 1996. – 380 с.

Клинические рекомендации «острый аппендицит у взрослых»

Ситуационные задачи

Задача № 1

У больной 59 лет 4 дня назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились затем в правую подвздошную область. Дважды была рвота, температура повысилась до 37,5°С. Больная принимала тетрациклин и анальгин и обратилась к врачу только на 4-й день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больной удовлетворительное. Температура 37,4°С, пульс 88 ударов в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12х8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Лейкоцитов в крови $11 \cdot 10^9$/л.

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

Задача № 2

Больная 28 лет оперирована по поводу острого аппендицита через 8 часов от начала заболевания. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что в ней имеется умеренное количество серозного выпота. Червеобразный отросток длиной 7 см, отечен, сероза его гиперемирована, с точечными кровоизлияниями, в просвете его пальпируется каловый камень.

С какой формой острого аппендицита встретился хирург и каковы должны быть его дальнейшие действия?

Задача № 3

Пациент, 40 лет, оперированный 30 дней назад по поводу острого аппендицита и тяжело перенесший послеоперационный период (длительная лихорадка, вскрытие межкишечного абсцесса и абсцесса дугласова пространства), вновь поступил в стационар с жалобами на боли в правом подреберье, потрясающие ознобы, повышение температуры тела по вечерам до 38,5°С (утром до 37,2°С), появившуюся и постепенно нарастающую желтуху. Пульс 120 уд. в мин. Язык влажный. Верхнюю половину живота пациент щадит при дыхании. Живот мягкий, но в области правого подреберья определяется болезненность и ригидность мышц. Слабо положителен симптом Щеткина—Блюмберга. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, резко болезненная при пальпации. Лейкоцитов в крови $18{,}0 \cdot 10^9$/л. При рентгенологическом исследовании правый купол диафрагмы на своем обычном месте, но несколько ограничен в подвижности. Легочная ткань прозрачна. В правом плевральном синусе небольшой выпот.

Укажите действия хирурга.

Задача № 4

В стационар поступил больной с диагнозом «острый аппендицит». Больного беспокоили боли в правой подвздошной области,

иррадиировавшие как в поясницу, так и в паховую область. Была тошнота, однократная рвота, отмечал учащение мочеиспускания. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 88 ударов в мин. Язык суховат. Живот в правой половине умеренно напряжен и болезнен лишь при глубокой пальпации. Симптом «псоас» положительный. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Пальпация правой поясничной области также несколько болезненна. Лейкоцитов в крови — $13 \cdot 10^9$/л.

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

Задача № 5

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

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

Задача № 6

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

Ваш диагноз? В чем состоит лечебная тактика?

Задача № 7

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

Ваш диагноз и лечебная тактика?

Задача № 8

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

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

Задача № 9

У больной 73 лет, оперированной по поводу перфоративного аппендицита с местным перитонитом, на 7-е сутки после операции появились боли в правой половине грудной клетки, легкий кашель, ознобы. При осмотре отмечено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Пальпаторно нижняя граница легких несколько приподнята,

определяется болезненность в правом подреберье и по ходу IX—X межреберья. При рентгеноскопии грудной клетки отмечено наличие жидкости в правом синусе, подъем правого купола диафрагмы и ограничение его подвижны, увеличение размеров тени печени. Лейкоцитов в крови — $21 \cdot 10^9$, температура колеблется от 37,8° до 38,5°С.

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

Задача № 10

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

Ваш диагноз и дальнейшая тактика?

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Острый холецистит – острое воспаление желчного пузыря, сопровождающееся местной и системной воспалительной реакцией или угрозой ее возникновения.

Этиология и патогенез.

Острый холецистит является самым частым осложнением желчекаменной болезни (ЖКБ). Примерно в 90% наблюдений острый холецистит развивается на фоне ЖКБ, а в 10% – при отсутствии камней в желчном пузыре и поэтому обозначается как острый бескаменный холецистит (сосудистый, ферментативный, паразитарный, пр.).

Основной причиной возникновения острого воспаления и некробиотических процессов в стенке ЖП является повышение

внутрипузырного давления. Как правило, оно возникает из-за нарушения оттока желчи из желчного пузыря и воспалительного экссудата в результате обтурации камнем, комочком слизи, желчным сладжем и др. Снижение гемоперфузии стенки способствует нарушению слизистого барьера, проникновению и росту микроорганизмов, что, в свою очередь, увеличивает воспалительную экссудацию в просвет органа. Процесс экссудации ведет к увеличению внутрипузырного давления, сдавлению внутристеночных сосудов, нарушению микроциркуляции и ишемии стенки желчного пузыря, выделению воспалительного экссудата в его просвет.

У 10-15% пациентов ишемия стенки ЖП приводит к некрозу, перфорации, подпеченочному, внутрипеченочному или поддиафрагмальному абсцессам, местному или распространенному перитониту.

Классификация.

По этиологии – калькулезный, бескаменный, паразитарный

По патогенезу – обтурационный, ферментативный, сосудистый

Клинико-морфологические формы – катаральный, флегмонозный, гангренозный, перфоративный

Клиника.

Развитию острого калькулезного холецистита обычно предшествует приступ желчной колики, спровоцированный употреблением жирной пищи, большим перерывом в еде, тряской ездой, резкими изменениями положения тела. Пациенты сообщают о наличии в прошлом подобных приступов.

При развитии ОХ боль нарастает, захватывая правое подреберье и эпигастральную область, может иррадиировать в межлопаточную область, правую лопатку или плечо. Боль по характеру постоянная или схваткообразная, тупая, иногда мучительная. Присоединяются признаки раздражения брюшины – усиление боли при сотрясении брюшной стенки и глубоком вдохе. Признаки разлитого перитонита определяются при перфорации ЖП.

Возможны рвота, вздутие живота, одышка. Наблюдается лихорадка низких градаций, реже – высокая с ознобом. Позднее возможно присоединение желтухи вследствие вовлечения в воспаление прилегающей ткани печени, желчных протоков и лимфоузлов.

В большинстве случаев продолжительность острого холецистита составляет 1-4 дня. Возможно самопроизвольное стихание воспалительного процесса или его прогрессирование с развитием жизнеугрожающих осложнений.

Острый холангит развивается у пациентов с холедохолитиазом и в классических случаях проявляется триадой Шарко: болью и наличием болезненности при пальпации в правом верхнем квадранте живота, гектической лихорадкой с ознобами, механической желтухой.

Дифференциальный диагноз необходимо производить с такими заболеваниями как правосторонняя нижнедолевая пневмония; инфаркт миокарда; опоясывающий лишай; язвенная болезнь в ст. обострения; перфоративная язва; острый панкреатит; гепатит; острая кишечная непроходимость; острый аппендицит.

Физикальное обследование.

Болезненность при пальпации/перкуссии в точке желчного пузыря – симптом **Захарьина.**

Болезненность при перкуссии в проекции желчного пузыря на высоте вдоха – симптом **Василенко**

Выраженная болезненность при введении пальцев под реберную дугу на высоте вдоха или при кашле – симптом **Мерфи**

Выраженная болезненность справа при поколачивании ребром ладони по реберной дуге слева и справа – симптом **Ортнера**

Выраженная болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы – симптом **Мюсси-Георгиевского** (**френикус-симптом**).

Лабораторные диагностические исследования.

Общий анализ крови – показатель лейкоцитов крови более $10 \cdot 10^9$/л с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм является полезным для подтверждения имеющегося воспалительного процесса.

Биохимический анализ крови – повышенный уровень С-реактивного белка, билирубина, щелочной фосфатазы, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы.

Инструментальные диагностические исследования.

Ультразвуковое исследование – наличие болезненного напряженного желчного пузыря, не деформирующегося при надавливании; увеличение продольного (>8 см) или поперечного (>4 см) размеров; утолщение стенки более 3 мм с признаками ее отека и нарушением эхоструктуры (слоистость и неоднородность, «двойной контур»); наличие блокирующего конкремента в шейке желчного пузыря; наличие перивезикального жидкостного скопления.

наличием газа внутри стенки или в просвете ЖП и явных нарушений целостности стенки ЖП и перипузырного абсцесса.

Компьютерная томография желчного пузыря и желчевыводящих протоков – растяжение ЖП, утолщение его стенок, отек субсерозного слоя, утолщение слизистой оболочки с переходом процесса на ткань ложа ЖП, увеличение плотности перипузырной жировой клетчатки (как признак острого

воспаления), наличие жидкости в перипузырном пространстве, перипузырный абсцесс, наличие газа в пределах желчного пузыря.

Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости – наличие камней в ЖП, часто локализованных в его шейке или в пузырном протоке; утолщение стенки ЖП (более 3 мм); отек стенки ЖП; увеличение размеров ЖП (диаметр более 40 мм); наличие перипузырной жидкости; наличие жидкости вокруг печени; признаки перфорации ЖП, околопузырного абсцесса, холецистоэнтеральных свищей.

Эндоскопическое УЗИ (эндоУЗИ) панкреато-билиарной зоны и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) – методы диагностики, позволяющие с высокой точностью обнаруживать камни холедоха размером >5 мм. МРХПГ позволяет визуализировать анатомию желчного тракта без использования контрастного вещества и является чрезвычайно полезным методом: для исследования для обнаружения конкрементов в ВЖП; позволяет дифференцировать патологию поджелудочной железы и желчного тракта; может быть полезна в определении причины болей в правом верхнем квадранте у беременных.

Консервативное лечение.

- спазмолитики
- инфузионная терапия с целью коррекции метаболических нарушений (использование растворов, влияющих на водно-электролитный баланс, кровезаменителей и препаратов плазмы крови, перфузионных растворов)
- антибиотикотерапия.

Хирургическое лечение пациентам с ОХ рекомендуется выполнять в ранние сроки (до 72 часов) от начала заболевания.

Хирургическое лечение.

Активная хирургическая тактика, при которой вопрос о необходимости операции решается тотчас при установлении диагноза обтурационного или деструктивного холецистита

Пациентам молодого и зрелого возраста, без выраженной сопутствующей патологии, со сроком заболевания не более 3 суток, с отсутствием грубых рубцово-инфильтративных изменений в области шейки желчного пузыря и патологии внепеченочных желчных протоков по данным УЗИ, рекомендуется выполнение холецистэктомии по срочным показаниям, преимущественно – ранняя лапароскопическая холецистэктомия.

При необоснованном затягивании оперативного вмешательства в первые 5-7 суток, на второй неделе часто наблюдается развитие инфильтрата в подпеченочном пространстве, включающего измененный желчный пузырь

(с явлениями флегмонозного или гангренозного воспаления), сальник, петли тонкой и толстой кишки, элементы печеночно-двенадцатиперстной связки.

Пациентам с высоким операционно-анестезиологическим риском, обусловленным декомпенсацией сопутствующих заболеваний, возрастом, осложнениями ЖКБ или выраженными воспалительно-инфильтративными изменениями рекомендуется **двухэтапное лечение**:

1 этап. декомпрессия или дренирование желчного пузыря (чрескожная пункция желчного пузыря или чрескожная чреспеченочная холецистостомия под контролем ультразвукового исследования).

2 этап, отсроченная операция: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), холецистэктомия из минилапаротомного доступа (МХЭ), открытая холецистэктомия (ОХЭ).

При аномалиях строения желчных путей или высоком риске с целью безопасного завершения операции рекомендуется наложение холецистостомы или проведение субтотальной холецистэктомии (лапароскопической или открытой) или выполнение эндоскопического транспапиллярного дренирования ЖП с возможной отсроченной холецистэктомией.

Рекомендованная литература

Обязательная

Факультетская хирургия в 2 ч.: учебник для вузов / Н. Ю. Котаненко [и др.]; под редакцией Н. Ю. Котаненко. — Москва: Издательство Райт, 2020.

Дополнительная

Острый холецистит: учебное пособие / А. В. Шабунин, Ю. В. Баринов, З. А. Багателия, В. В. Бедин, С. С. Лебедев, Н. В. Пичугина; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации.– М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2021. – 91 с.

Клинические рекомендации: Острый холецистит

Ситуационные задачи

Задача № 1

У больной, поступившей в хирургический стационар с острым флегмонозным холециститом, в последующие 3 дня появились ознобы, температура повысилась до 38 °С, появилась и стала активно развиваться желтуха. Боли в животе не усилились, явления перитонита не нарастали. Билирубин крови — 80 мкмоль/л, лейкоциты крови — $18 \cdot 10^9$/л. О каком осложнении можно думать? Какова оптимальная лечебная тактика?

Задача № 2

У пациентки, 65 лет, страдающей в течение последних 7 лет от приступов желчекаменной болезни, очередной приступ окончательно не купировался. На протяжении последующих 2 мес. пациентка продолжала отмечать постоянные ноющие боли в правом подреберье. При пальпации в правой подреберной области определялось значительных размеров плотноэластическое малоболезненное образование, с гладкой поверхностью. Симптомы раздражения брюшины не выявлялись. Температура тела у пациентки нормальная. Лейкоцитов в крови $5{,}6 \cdot 10^9$/л.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 3

У пациента, 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до 38,5°С, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. При пальпации в правом подреберье определялся положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Проводимые консервативные мероприятия (антибиотики, спазмолитики, новокаиновая блокада) в течение 3 суток не привели к положительным результатам. Лейкоцитоз крови колебался от $15{,}0 \cdot 10^9$/л.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 4

У пациентки, 72 лет, тучной женщины, в течение 20 лет страдающей желчнокаменной болезнью и холециститом, а также тяжелым диабетом, появились резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку.

Одновременно наблюдалась рвота. До 38°С повысилась температура тела. Боли держатся уже 3 суток. Язык у больной сухой, обложен белым налетом. Имеется небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Отмечается резкая болезненность в правом подреберье и значительное мышечное напряжение. Остальные отделы живота безболезненны. Симптом Щеткина-Блюмберга локализован в правом подреберье. Пульс 96 уд. в мин. Лейкоцитов в крови $12{,}0 \cdot 10^9$/л. Сахар в крови 4,5 ммоль/л.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 5

Пациентка, 78 лет, страдающая ожирением 3 степени, поступила в хирургическое отделение на 3-й день от начала приступа острого холецистита.

Конкременты в желчном пузыре впервые были обнаружены 20 лет тому назад. Приступы острого холецистита частые и протекают тяжело. Однако, учитывая возраст больной, а главное – наличие таких противопоказаний к операции, как тяжелая легочная недостаточность, недостаточность кровообращения 2 степени, хроническая почечная недостаточность и ожирение, операцию раньше пациентки не предлагали. В настоящее время, несмотря на энергичное консервативное лечение, воспалительный процесс в желчном пузыре явно прогрессировал. Возникла угроза перфорации желчного пузыря.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 6

Пациенту во время операции по поводу острого калькулезного холецистита после холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография.

На рентгенограмме определяются расширенные печеночные протоки и общий желчный проток. В начале общего желчного протока виден как бы обрыв контрастного вещества, дальше общий желчный проток не контрастируется и в 12-перстную кишку контрастное вещество не поступает.

Ваш диагноз? В чем состоит лечебная тактика?

Задача № 7

Пациент, 65 лет, оперирован в плановом порядке по поводу длительно существующей механической желтухи. При ревизии обнаружен хронический панкреатит и рак пузырного протока с переходом на печеночный проток и общий желчный проток.

Желчный пузырь небольших размеров, деформирован, в просвете его находятся камни. Печеночный проток непроходим до места слияния правого и левого протоков.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

Задача № 8

У больной 68 лет, страдающей желчнокаменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. После приема но-шпы, боли купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных

симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты $10{,}2 \cdot 10^9$/л, билирубин крови 60 мкмоль/л.

Ваша диагностическая тактика, диагноз и лечебная тактика?

Задача № 9

Пациент, 56 лет, поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи. Желтуха появилась 1 месяц назад и интенсивно нарастает. Ранее приступов сильных болей пациент никогда не отмечал. При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен. При УЗИ исследовании – головка поджелудочной железы увеличена в размерах, лоцируется узловое образование.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

Задача № 10

Пациентка 56 лет переведена из хирургического стационара одной из районных больниц с жалобами на выраженный зуд кожных покровов, иктеричность склер и кожных покровов. Общий билирубин крови до 70 мкмоль/л. Оперирована экстренно по поводу деструктивного холецистита. Произведена классическая холецистэктомия от дна. Ревизия желчных протоков на операции не производилась из-за выраженного отека гепатодуоденальной связки. На выполненной ЭРХГ (эндоскопической ретроградной холангиографии) отмечается наличие выраженного стеноза терминального отдела холедоха, препятствие для оттока желчи в 12-перстную кишку. Гомогенные тени диаметром 4-5 мм количеством не менее четырёх штук.

Ваш диагноз? Какое лечение показано пациентке?

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Острый панкреатит – представляет собой асептическое воспаление демаркационного типа, в основе которого лежат некроз ацинарных клеток поджелудочной железы, и ферментная агрессия с последующим расширяющимся некрозом и дистрофией железы, при которых возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов, а также систем и присоединение вторичной гнойной инфекции.

Этиология.

- Острый алкогольно-алиментарный панкреатит – 55%.
- Острый билиарный панкреатит (возникает из-за желчного рефлюкса в панкреатические протоки при билиарной гипертензии) – 35%.
- Острый травматический панкреатит (вследствие травмы поджелудочной железы, в том числе операционной или после ЭРХПГ) 2–4 %.
- Другие этиологические формы причины: аутоиммунные процессы, сосудистая недостаточность, васкулиты, лекарственные препараты, инфекционные заболевания, аллергические факторы, дисгормональные процессы при беременности и менопаузе, заболевания близлежащих органов (гастродуоденит, пенетрирующая язва, опухоли гепатопанкреатодуоденальной области) – 6–8%.

В патогенезе выделяют **первичные факторы агрессии**: ферменты поджелудочной железы: трипсин, химотрипсин, – вызывают протеолиз белков тканей; фосфолипаза А2 разрушает мембраны клеток; липаза гидролизует внутриклеточные триглицериды до жирных кислот и, соединяясь с кальцием, приводит к липолитическому некрозу в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брыжейке тонкой и толстой кишки; эластаза разрушает стенку сосудов и межтканевые соединительнотканные структуры, что приводит к некрозу.

Вторичные факторы агрессии: ферменты поджелудочной железы активируют калликреин –кининовую системы с образованием биологически

активных веществ: брадикинин, гистамин, серотонин, которые приводят к увеличению сосудистой проницаемости, нарушениям микроциркуляции, отеку, повышенной экссудации и микротромбозу, ишемии, гипоксии и ацидозу тканей.

Третичные факторы агрессии: макрофаги, мононуклеарные клетки, нейтрофилы на фоне нарушений микроциркуляции, СВР, гипоксии продуцируют цитокины (интерлейкин, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландины, тромбоксан, лейкотриены, оксид азота), что способствует угнетению иммунного статуса.

Факторы агрессии четвертого порядка, образующиеся в поджелудочной железе, жировой клетчатке, стенке кишечника, брюшной полости увеличивают проницаемость стенки кишки, происходит транслокация кишечной флоры, способствуют поступлению токсинов в портальный и системный кровоток и лимфатическое русло с поражением органов мишеней: печени, легких, почек, сердца, мозга, кишечника, слизистых желудка и кишечника.

Фазовость течения панкреонекроза.

Ранняя фаза. IA период. 1 неделя. В этот период происходит формирование очагов некроза в паренхиме поджелудочной железы или окружающей клетчатке различного объёма и развитие эндотоксикоза. Максимальный срок формирования некроза в поджелудочной железе обычно составляет трое суток, после этого срока он в дальнейшем не прогрессирует. В брюшной полости происходит накопление ферментативного выпота (ферментативные перитонит и парапанкреатит), который является одним из источников эндотоксикоза. При тяжёлых формах заболевания в клинической картине могут преобладать явления органной (полиорганной)недостаточности: сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной и др.

Ранняя фаза. IB период. 2 неделя. реакцией организма несформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в

парапанкреальной клетчатке). Клинически превалируют явления резорбтивной лихорадки, формируется перипанкреатический инфильтрат.

Поздняя фаза. II период. Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке обычно начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания. При отторжении крупных фрагментов некротизированной ткани поджелудочной железы может происходить разгерметизация её протоковой системы и образование внутреннего панкреатического свища. От конфигурации панкреонекроза (локализации, глубины, отношения к главному панкреатическому протоку и др.) и объёма оставшейся жизнеспособной паренхимы поджелудочной железы зависят: количество, масштабы и скорость распространённости жидкостного образования в забрюшинном пространстве, риск инфицирования и развития других осложнений. Возможно два варианта течения этой фазы:

- асептическая секвестрация – стерильный панкреонекроз характеризуется образованием изолированного скопления жидкости в области поджелудочной железы и постнекротических кист;
- септическая секвестрация возникает при инфицировании некроза паренхимы поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клинической формой данной фазы заболевания является инфицированный панкреонекроз.

Классификация.

Острый панкреатит лёгкой степени. Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит), и органная недостаточность не развивается.

Острый панкреатит средней степени. Характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания: острое перипанкреатическое жидкостное скопление, остронекротическое скопление, перипанкреатический инфильтрат, ПКПЖ, отграниченный некроз, –или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более48 часов).

Острый панкреатит тяжёлой степени. Характеризуется наличием либо инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов).

Диагностика.

Жалобы и анамнез. Выраженная боль в эпигастрии с иррадиацией в спину или опоясывающего характера, многократная рвота, напряжение мышц в верхней половине живота. Чаще всего появлению симптомов предшествует обильный прием пищи или алкоголя, наличие желчнокаменной болезни. Типичный болевой синдром возникает при остром панкреатите всегда. Обычно он интенсивный, стойкий, не купируется спазмолитиками и анальгетиками.

Физикальное обследование. Пациенты с ОП, как правило, беспокойны. В ранние сроки заболевания температура тела субфебрильная, при прогрессировании процесса может наблюдаться гектическая лихорадка. Уровень артериального давления в начале заболевания в пределах нормы, в дальнейшем наблюдается тенденция к гипотонии. Живот участвует вдыхании, вздут; кожа и слизистые оболочки чаще бледные, могут отмечаться желтуха и иктеричность склер, цианоз лица и конечностей. В поздние сроки заболевания цианоз может смениться яркой гиперемией кожных покровов, особенно лица.

В основе перечисленных признаков лежат быстропрогрессирующие гемодинамические и микроциркуляторные расстройства. Язык сухой, обложен. При пальпации определяются боль в эпигастральной области, редко в сочетании с напряжением мышц передней брюшной стенки и симптомом Щеткина-Блюмберга; симптомы Воскресенского (отсутствие пульсации брюшного отдела аорты из-за увеличения в размерах поджелудочной железы и отека забрюшинной клетчатки), Мейо-Робсона (выраженная болезненность при пальпации поясничной области, особенно левого реберно-позвоночного угла), Керте (поперечная болезненная

резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы). При перкуссии наблюдается: выраженный тимпанит вследствие пареза поперечной ободочной кишки; притупление в отлогих местах живота при наличии выпота в брюшной полости. При аускультации отмечается ослабление или отсутствие кишечных шумов как проявление динамической кишечной непроходимости.

Лабораторные диагностические исследования.

- общий анализ крови и мочи,
- биохимический анализ крови с определением белка, билирубина, определение активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы в крови, мочевины, креатинина, глюкозы, амилазы.
- при средней/тяжёлой степени необходимыми исследованиями являются коагулограмма, определение уровня С-реактивного белка, липазы

Инструментальные диагностические исследования.

Характерными признаками по данным **УЗИ** являются: увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие жидкости в сальниковой сумке и свободной жидкости в брюшной полости.

При оценке **КТ** у пациентов с тяжёлым панкреатитом целесообразно учитывать конфигурацию некроза и распространенность парапанкреатита. Конфигурация некроза – взаиморасположение глубокого поперечного некроза и жизнеспособной паренхимы.

Картина морфологических изменений острого панкреатита на **КТ и МРТ** схожа. МРТ с диагностической целью целесообразна у пациентов с билиарным панкреатитом, у которых отмечается повышение уровня ферментов печени, а общий желчный проток либо не визуализируется адекватно, либо считается нормальным при ультразвуковом исследовании, при наличии технической возможности.

Для установления диагноза возможно использование диагностической **лапароскопии**.

Консервативное лечение.

В состав базисного комплекса входят: голод в течение суток, спазмолитики, инфузионная терапия в объёме ~ 40 мл на 1 кг массы тела пациента в сутки в течение 24-48часов, антисекреторная терапия (назначается с целью лечения имеющейся, как правило, сопутствующей патологии – острый эзофагит, острый гастродуоденит, острая язва желудка, ДПК). При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 6 часов следует констатировать среднетяжёлый (тяжёлый) панкреатит и перевести пациента в ОРИТ.

У всех пациентов при лёгком и среднетяжёлом ОП после купирования болевого синдрома и явлений желудочной диспепсии (тошнота, рвота), а также гиперферментемии (амилаза сыворотки крови менее 3 нормальных величин) рекомендуется щадящее питание естественным путём.

При наличии боли всем пациентам для улучшения качества жизни назначают анальгетики, особенно в первые 24 часа госпитализации. При неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов или наличии к ним противопоказаний могут быть использованы опиоиды.

Хирургическое лечение.

Показания к ***лапароскопии***: перитонеальный синдром, УЗ-признаки свободной жидкости в брюшной полости, дифференциальная диагностика.

Лечебные задачи: Удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости.

Эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия (ЭРПСТ). При наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка пациенту рекомендуется срочное (6-12 часов) восстановление пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого служит ЭРПСТ с литоэкстракцией, после которой, при наличии возможностей, желательно выполнять дренирование главного панкреатического протока.

При гнойно-некротических осложнениях.

1 этап. У пациентов с осложненными формами острых жидкостных/некротических скоплений рекомендуется оперативное лечение, желательно с применением минимально инвазивных технологий: чрескожные, трансгастральные и трансдуоденальные пункции и дренирования под эндоУЗИ-наведением или при лапароскопии.

2 этап. У пациентов с осложненными формами острых жидкостных/некротических скоплений, при неэффективности минимально инвазивных способов вмешательств, рекомендуется их лечение из открытых (в т.ч. минилапаротомных и внебрюшинных) доступов, а также с помощью видео ассистированной забрюшинной некрэктомии без инсуффляции газа.

При неэффективности минимально инвазивного дренирования операцией выбора является санационная лапаротомия с некрсеквестрэктомией. Дренирование предпочтительно осуществлять внебрюшинными доступами. Оптимальными сроками выполнения первой санационной лапаротомии/люмботомии с некрсеквестрэктомией будут 4-5 недели заболевания.

Рекомендованная литература

Обязательная

Факультетская хирургия в 2 ч.: учебник для вузов / Н. Ю. Котаненко [и др.]; под редакцией Н. Ю. Котаненко. — Москва: Издательство Райт, 2020.

Дополнительная

Вязников, В. А. Острый панкреатит: учебное пособие / В. А. Вязников, Е. С. Прокопьев. – Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2023. – 124 с.

Клинические рекомендации: Острый панкреатит.

Ситуационные задачи

Задача № 1

Пациент 51 года уже в течении 17 дней находится на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу острого алиментарного панкреонекроза. Поступил в первые сутки от начала заболевания. По клиническим и УЗИ данным был диагностирован острый панкреатит, стерильный панкреонекроз. Проводилась консервативная терапия. Образовался парапанкреатический инфильтрат. Температура была на субфебрильных цифрах. С третей недели заболевания на фоне антибактериальной терапии температура тела начала подниматься до 39,8 с падением на два градуса и более. В клиническом анализе крови нарастает лейкоцитоз. При УЗИ в сальниковой сумке визуализируется жидкостное образование, содержащие мелкие секвестры, объемом до 200 мл.

О каком заболевании можно думать? В чем состоит лечебная тактика?

Задача № 2

Больной 32 лет, доставлен в приемный покой после употребления алкоголя, с жалобами на сильные боли в эпигастрии, тошноту, неукротимую рвоту, вздутие живота, снижение диуреза. Объективно: кожный покров бледен, пульс 110 в 1 минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Отдышка до 24 в 1 минуту. Дыхание ослабленное, до хрипов нет. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, на боковых отделах мраморность. При пальпации напряжение брюшной стенки в эпигастральной области, здесь же максимальная болезненность, определяемая даже при перкуссии со сглаженной печеночной тупостью. Ослабление перистальтики. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Предполагаемый диагноз? Какие дополнительные методы обследования Вы предпримите для уточнения диагноза? В какое отделение Вы госпитализируете больного?

Задача № 3

Женщина 62 лет, доставлена через 12 часов от начала заболевания в среднетяжелом состоянии. Отмечает боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, левую лопатку, повторную рвоту. Живот умеренно вздут, пальпаторная болезненность в верхней половине живота, очевидная желтуха. В течение трех лет страдает желчекаменной болезнью, около полугода назад был похожий эпизод, существенно меньшей интенсивности, с транзиторной желтухой; сопутствующей патологии нет. При УЗИ выявляется холецистолитиаз без признаков обструкции, незначительное расширение внутрипеченочных протоков, холедох 11 мм, диффузное увеличение поджелудочной железы, гипоэхогенность ее ткани, минимальный свободный выпот в брюшной полости. Гиперамилаземия, незначительная гипербилирубинемия.

О каком заболевании можно думать? В чем состоит лечебная тактика?

Задача № 4

Пациентка 48 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричны, температура тела 36,8. В легких дыхание везикулярное. PS 82 уд. в мин., АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий болезненный в правом подреберье. Перитонеальные симптомы не вызываются. При УЗИ имеется умеренное расширение общего желчного протока до 12 мм в диаметре, подозрение на конкремент в его просвете.

С целью уточнения патологии желчных протоков эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ). Контрастированы частично главный панкреатический проток и общий желчный проток, в просвете которого определяется конкремент.

Выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией. К вечеру у пациентки появились резкие опоясывающие боли, вздутие живота, многократная рвота, показатели амилазы крови резко повышены.

Какое осложнение развилось у пациентки? Что рекомендуется предпринять?

Задача № 5

Пациентка 76 лет поступила с жалобами на резкие, опоясывающие боли в верхней половине живота. Боли появились внезапно после употребления жирной пищи. Боли нестерпимые, беспокоит многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Страдает много лет ЖКБ, ИБС, ГБ. Температура тела 37,2. При осмотре состояние тяжелое, склеры иктеричны, акроцианоз, кожа покрыта холодным потом, пульс 125 уд. в мин. аритмичный, АД 140/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, мягкий, печеночная тупость сохранена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Амилаза мочи 840 г/л. При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, стенка 1-2 мл. толщиной, в просвете мелкие конкременты, внепеченочные желчные протоки расширены в просвете мелкие конкременты. Поджелудочная железа увеличена, эхогенность снижена, контуры смазанные.

О каком заболевании можно думать и чем можно объяснить его патогенез? Какова тактика лечения больного?

Задача № 6

Пациентка 82 лет поступила с жалобами на резкие боли в эпигастрии, правом подреберье, которые появились около суток, периодически боли носят опоясывающий характер. Беспокоит тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения. Количество рвотных масс незначительное. Из

анамнеза установлено, что много лет страдает желчнокаменной болезнью, ИБС, ГБ, перенесла инфаркт миокарда.

Состояние больной тяжелое. Кожа и видимые слизистые желтушно окрашены. Дыхание жестковатое. Пульс 112 уд. в мин. аритмичный, АД 160/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации отмечается напряжение мышц в эпигастрии и правом подреберье. Пальпируется дно увеличенного желчного пузыря, определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье. Газы отходят, мочи мало. В клиническом анализе крови лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, толщина стенки 4-5 мм, в его просвете разнокалиберные конкременты, мутное содержимое. Желчные протоки умеренно расширены, четко конкременты не определяются. Поджелудочная железа увеличена, эхогенность снижена, контур смазан, осмотр затруднен из-за вздутия поперечноободочной кишки.

Ваш диагноз? В чем состоит лечебная тактика?

Задача № 7

Пациент 38 лет доставлен в хирургическое отделение в тяжелом состоянии с жалобами на боли по всему животу, слабость, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Боли в животе появились три недели назад. К врачу не обращался, так как в течении месяца в запое, длительное время злоупотребляет алкоголем. Состояние больного тяжелое, положительные симптомы Мондора, Куллена, Грея-Турнера. В легких дыхание жесткое. Пульс 124 уд. в мин., АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен грязным налетом. Живот вздут. Перистальтика кишечника не выслушивается. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Мочи мало.

В клиническом анализе крови выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия, высокая СОЭ, токсическая зернистость. При УЗИ в

брюшной полости определяется свободная жидкость, содержащая эховзвесь, расширенные петли кишечника, содержащие свободную жидкость. Структура поджелудочной железы неоднородная, визуализируются полости деструкции в ткани железы, секвестры. В забрюшинной клетчатке слева также определяются очаги деструкций без признаков секвестрации и формирования полостей. При лапароскопии в брюшной полости мутный выпот, множество бляшек стеатонекроза.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

Задача № 8

В приемное отделение поступила пациентка 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром ощутила резчайшие боли в эпигастральной области, опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Температура тела 370С. Расстройств мочеиспускания нет. Имеется задержка стула, но газы отходят. Раньше больная ничем не болела. Доставлена через 2 ч от начала заболевания. При осмотре состояние пациентки тяжелое, больная бледна, выражен акроцианоз, кожа покрыта холодным липким потом. Пульс 140 уд. в мин. АД – 100/60 мм. рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот принимает участие в акте дыхания. Перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Живот при пальпации мягкий. Выявляется резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона положительные. Лейкоцитов в крови $12{,}0 \cdot 10^9$/л.

О каком заболевании можно думать? Какими специальными исследованиями можно уточнить диагноз? Лечебная тактика.

Задача № 9

Вратарь, 22 лет, получил сильный удар в эпигастральную область. Через час доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. Жалуется на

резчайшие нарастающие боли в эпигастральной области. Боли постепенно приобрели опоясывающий характер. Появилось затрудненное дыхание. Состояние пациента прогрессивно ухудшается. Он бледен. Выражен акроцианоз. Пациент покрыт холодным, липким потом. Пульс слабого наполнения, 140 уд. в мин. Живот слегка вздут, имеется напряжение мышц и резкая болезненность в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга в данной области слабоположительный. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Эритроциты – $4{,}5 \cdot 10^{12}$/л, гемоглобин – 140 г/л.

Диагноз? Какими дополнительными исследованиями его можно уточнить? Какова лечебная тактика?

Задача № 10

У пациента, 46 лет, поступившего в клинику с опоясывающими болями в верхней половине живота, многократной рвотой и диастазой мочи 1024 ед., на 20-й день консервативного лечения стал пальпироваться болезненный инфильтрат в эпигастрии и левом подреберье.

Одновременно повысилась температура тела в пределах 38,0-38,5 С гектического характера. Несмотря на проводимую в течение 5 дней антибиотикотерапию, инфильтрат не уменьшился в размерах. Температура приняла. Содержание лейкоцитов в крови увеличилось до $20 \cdot 10^9$/л.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика?

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА

Язва желудка с прободением или язва двенадцатиперстной кишки с прободением – острое хирургическое заболевание, возникающее в зоне язвы в результате сквозного разрушения стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, с проникновением содержимого в свободную брюшную полость.

В зависимости от локализации выделяют язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов; дна, тела и антрального отдела желудка, расположенные по передней и задней стенкам, малой и большой кривизне; язвы привратника/зоны пилоропластики); язвы двенадцатиперстной кишки (передняя и задняя стенка луковицы, малая и большая кривизна луковицы, циркулярные и полуциркулярные язвы луковицы; залуковичные язвы); сочетанные язвы желудка и ДПК.

Классификация.

***По этиологии*:** прободение хронической и острой язвы (гормональной, стрессовой или др.);

По локализации: язвы желудка (с указанием анатомического отдела); язвы двенадцатиперстной кишки (с указанием анатомического отдела);

По клинической форме: прободение в свободную брюшную полость (типичное, прикрытое); атипичное прободение (в сальниковую сумку, малый или большой сальник – между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость); сочетание прободения с другими осложнениями язвенного процесса (кровотечение, стеноз, пенетрация, малигнизация);

По выраженности перитонита (согласно действующей классификации).

Характерные клинические признаки ПЯ:

- Острое начало заболевания с «кинжальной» болью в животе (**симптом Дьелафуа**).
- Напряжение мышц живота («доскообразный живот»).
- Боль при пальпации живота.

Физикальное обследование:

Положение пациента, вынужденное с согнутыми коленями, боль усиливается при движении, страдальческое выражение лица, кожные покровы бледные, губы цианотичны, сухость слизистой рта и губ.

Артериальное давление снижено на 5-10%, пульс замедлен (**симптом Грекова**), дыхание частое, поверхностное.

Передняя брюшная стенка напряжена (**«доскообразное» напряжение**).

В первый час заболевания появляются положительные симптомы раздражения брюшины: **Щеткина-Блюмберга**.

При перкуссии живота появляется резкая боль. Можно установить исчезновение печеночной тупости (**симптом Кларка**) и появление высокого тимпанита над печенью (**симптом Спижарного**) – 37%. При наличии жидкости в нижних и боковых отделах живота определятся притупление или тупость перкуторного звука (**симптом Де Кервена**).

Диагноз прободной язвы устанавливается на основании:

анамнестических данных (характерные жалобы на внезапно возникшую острую «кинжальную» боль в эпигастральной области, язвенный анамнез); **физикального обследования** (напряжённость мышц брюшной стенки, выраженная болезненность при пальпации); инструментального обследования (наличие свободного газа в брюшной полости по данным лучевых методов обследования, визуализация язвенного дефекта с перфорацией при эзофагогастродуоденоскопии.

Инструментальные диагностические исследования.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости для обнаружения свободного газа.

Компьютерная томография позволяет выявить: свободный газ в брюшной полости, свободную жидкость в брюшной полости, утолщение желудочной или дуоденальной стенок в зоне язвы, обнаружить язву и перфоративное отверстие.

Ультразвуковым симптомом перфорации язвы является перерыв наружного контура стенки органа в области язвенного дефекта, который заполнен высокоэхогенным содержимым и располагается именно в зоне утолщения. Язвенный дефект при УЗИ наиболее часто выглядит в виде конуса или неправильного конусовидного образования «рыбьего глаза».

Эзофагогастродуоденоскопия рекомендуется пациентам с подозрением на ПЯ при неоднозначной клинико-инструментальной картине (отсутствие

симптомов перитонита, отсутствие рентгенологических признаков пневмоперитонеума) и для диагностики других осложнений язвенной болезни (кровотечение, стеноз пилородуоденальной зоны).

Диагностическая лапароскопия. Результаты: выявление характерного перитонеального экссудата с примесью желудочного содержимого или желчи, обнаружение перфоративного отверстия, и его локализации, размеров оценка наличия, распространённость и выраженность перитонита.

Лечение.

Основным подходом признано экстренное хирургическое лечение.

Консервативный метод лечения ПЯ применяется только при категорическом отказе пациента и родственников от операции или невозможности выполнить операцию из-за крайней тяжести состояния пациента, при наличии абсолютных противопоказаний к хирургическому лечению.

Виды хирургических вмешательств:

- ушивание прободного отверстия
- иссечение прободной язвы
- резекция желудка.

При невозможности устранения гигантских прободных язв (более 2 см), осложнённых обширным плотным инфильтратом, в рамках одного вмешательства, возможно разделить операцию на 2 этапа:

1-й этап – экстренный – производится ушивание прободного отверстия независимо от локализации;

2-й этап – плановый, выполняется резекция желудка или гастрэктомия, с возможной резекцией вовлечённых в воспалительный процесс органов.

У пациентов с ПЯ и стабильными показателями витальных функций предпочтительно выполнение хирургического вмешательства лапароскопическим доступом.

Рекомендованная литература

Обязательная

Факультетская хирургия в 2 ч. Часть 2: учебник для вузов / Н. Ю. Котаненко [и др.]; под редакцией Н. Ю. Котаненко. — Москва: Издательство Райт, 2020.

Дополнительная

Абдуллаев, Э. Г. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии: учеб.-практ. пособие Владимир: Изд-во ВлГУ, 2017. − 114 с.

Хирургия осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: учебно-методическое пособие 2023. – 60 с.

Клинические рекомендации: Прободная язва

Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной 32 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение б лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Сегодня резкая боль в эпигастрии. Пальпаторно резкая болезненность, напряжение мышц брюшной стенки. АД – 80/60 мм рт. ст. Пульс – 56 в минуту.

Вопросы:

1) Диагноз?

2) Что будет определяться у данного больного при перкуссии живота?

3) Какой метод исследования надо сделать? Что при этом будет определяться?

Задача № 2

Больной 30 лет жалуется на боли в эпигастральной области слева через 1-2 часа после еды и ночные боли, вынуждающие 2-3 раза в ночь принимать пищу или соду, изжогу, кислую отрыжку. Аппетит нормальный. Стул со склонностью к запорам. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной

кишки в течение 10 лет. 9 месяцев назад перенес резекцию 2/3 желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера – Финстерера по поводу стеноза привратника.

Вопросы:

1) Ваш предварительный диагноз?

2) О каком заболевании можно думать, учитывая выраженный синдром ацидизма?

Задача № 3

При поступлении в стационар, пациент, 46 лет, предъявляет жалобы на интенсивные боли по всему животу, тошноту, гектическую температуру. Из анамнеза: заболел три дня назад, возникли боли в эпигастральной области, которые затем переместились в правую подвздошную область. Пациент за медицинской помощью не обращался. Два часа назад интенсивные боли распространились по всему животу. При осмотре определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Раздольского по всему животу.

Вопросы:

1) Какое заболевание и осложнение следует предполагать?

2) Какой метод исследования надо сделать? Что при этом будет определяться?

3) Какова лечебная тактика?

Задача № 4

У пациента 45 лет, не имевшего каких – либо жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта, внезапно возникла интенсивная боль (по типу кинжальной) в эпигастральной области. Наблюдалась тошнота и однократная рвота. Пациент бледен, покрыт холодным липким потом и занимает вынужденное положение на правом боку с приведенными к животу бедрами. Изменение положения тела пациента приводит к усилению болей.

Пальпация живота болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Температура тела 37,20С. Пульс замедлен до 50-60 уд. в мин.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 5

У пациента 36 лет, страдавшего в течение последних 5 лет язвенной болезнью 12-перстной кишки, внезапно появилась резкая боль в правом подреберье. В момент ее возникновения пациент покрылся холодным липким потом и занял вынужденное положение на правом боку с приведенными к животу ногами. Однако через 30-60 мин после начала болевого приступа интенсивность боли уменьшилась. Пациент смог самостоятельно передвигаться.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 6

Больной доставлен в отделение с жалобами на боли в эпигастрии, задержку газов и стула. Заболел остро, около 8 часов назад, когда появились острые боли в эпигастрии, была однократная рвота. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Последнее обострение – месяц назад. Лечился амбулаторно. При выписке по данным ЭГДС – язва в стадии рубца. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 124 в минуту. АД – 95/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптомы Щеткина – Блюмберга, Воскресенского положительны. Кишечные шумы резко ослаблены.

Ваш диагноз? В чем состоит лечебная тактика?

Задача № 7

В больницу доставлен пациент через 8 часов с момента заболевания. Во второй половине дня он почувствовал резкую боль в эпигастрии, имевшиеся под рукой альмагель и анальгин облегчения, как ранее это бывало, не дали. Ранее был диагностирован гастрит с повышенной кислотностью. Болевые ощущения, первоначально возникшие в эпигастрии, стали распространяться по всей правой половине живота. С течением времени боли приобрели тупой характер, но распространялись по всему животу и больше в нижних отделах. При осмотре: кожные покровы бледноваты. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс 76 уд. в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Живот правильной формы. Умеренно напряжен по правой половине. Печеночная тупость сохранена. При перкуссии выявляется болезненная точка в эпигастрии. В отлогих местах – притупление. Симптомы раздражения брюшины во всех отделах слабо положительны.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

Задача № 8

Врача поликлиники вызвали к больному мужчине 70 лет. Жалобы на резкую сухость во рту, слабость, боли по всему животу, отсутствие стула, вздутие живота. При сборе анамнеза выяснено, что в течение недели у больного были боли в эпигастрии, усилилась изжога, отрыжка с неприятным запахом, снизился аппетит. Двенадцать часов назад были резкие боли в подложечной области. С течением времени интенсивность их уменьшилось. От обращения к врачу больной отказывался, но в связи с резким ухудшением состояния, появлением одышки, сердцебиения осознал необходимость вызова врача. При осмотре состояние больного тяжелое. Черты лица заострены, акроцианоз. Одышка до 40 экскурсий в 1 минуту. Пульс 120 в 1 минуту. АД 95/50 мм рт. ст. Язык густо обложен, сухой. Кожные покровы бледные. Дыхание ослаблено, сухие хрипы. Тоны сердца приглушены,

единичные экстрасистолы. Живот вздут. При пальпации, умеренно напряжен и болезнен во всех отделах. Положителен симптом Щеткина–Блюмберга. В отлогих местах определяется свободная жидкость.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

Задача № 9

Под диспансерным наблюдением у врача поликлиники находился больной с язвенной болезнью желудка. Обратился по поводу появившихся болей в эпигастрии после длительной ремиссии. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Язык обложен, влажный. Пульс 68 уд/мин. Живот мягкий в нижних и средних отделах, в эпигастрии умеренно напряжен и болезнен. Симптомов раздражения брюшины нет. Назначен прием альмагеля, строгое соблюдение диеты. На следующий день, рано утром боли значительно усилились, таких раньше не было. Через час они стихли, но полностью не исчезли. При осмотре на дому: состояние больного средней тяжести. Старается не подниматься с постели. Кожные покровы бледные. Язык обложен, сухой. Живот напряжен, болезненный в эпигастрии. Положителен симптом Менделя. Неотчётливые симптомы раздражения брюшины.

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

Задача № 10

В приемный покой стационара из села доставлен больной. Накануне вечером, будучи на дежурстве, почувствовал резкую боль в подложечной области. После приема анальгина боли несколько уменьшились. Всю ночь провел, мучаясь от боли. Вызвать транспорт было невозможно из-за отсутствия телефонной связи. В анамнезе – детские инфекции и аппендэктомия в 16-летнем возрасте. Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. Язык обложен белым налетом,

сухой. Пульс 72 уд. в 1 мин., удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст. Живот плоской формы, в акте дыхания участвует плохо. При пальпации болезненные ощущения более выражены в эпигастрии и в меньшей степени в правой половине живота. Выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины по правой половине живота. При перкуссии печеночная тупость определяется неотчетливо.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика?

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИТОНИТ

Перитонит – воспаление париетальной и висцеральной брюшины, возникающее в результате заболеваний и повреждений органов брюшной полости и малого таза, имеющее клиническую картину самостоятельного заболевания, представляющее собой комплекс тяжелых патофизиологических реакций и в течение короткого времени приводящее к серьезному, часто необратимому поражению жизненно важных органов и систем.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИТОНИТА

По характеру развития

Первичный, вызванный гематогенным или лимфогенным инфицированием, но в брюшной полости нет источника инфекции (Спонтанный перитонит у детей; Спонтанный перитонит у взрослых; Перитонит, связанный с определенными заболеваниями (туберкулез, сифилис, гонорея).

Вторичный – инфицирование вследствие травм и хирургических заболеваний и в брюшной полости есть источник инфекции

Третичный (автономный) – персистирующий, вялотекущий, вызванный иммунодефицитом, на фоне суперинфекции. Это персистирующий

(автономный перитонит) вторичный перитонит, несмотря на устранение источника инфекции на устранение источника инфекции

Четвертичный перитонит. формирование «свежего» источника инфекции при третичном перитоните.

По распространенности

Местный занимающий одну-две анатомические области

Распространенный поражены 2 и более анатомических области

Экссудат и его примеси: серозный, фибринозный, гнойный, геморрагический

Примеси: кишечное содержимое, желчь, моча, кровь.

По тяжести клинического течения (фазы) перитонита:

1. Перитонит без признаков абдоминального сепсиса (реактивная фаза).
2. Абдоминальный сепсис (фаза острой энтеральной недостаточности).
3. Тяжелый абдоминальный сепсис (фаза полиорганной недостаточности).
4. Септический (инфекционно-токсический) шок

Этиология

- острое протекание заболевания в брюшине, которое требует немедленного выполнения операции;
- последствия хирургического вмешательства;
- травма живота;

Эндотоксикоз определяется источниками, «включаются» стадийно:

- Первая фаза – первичный источник перитонита и экссудат брюшной полости;
- Вторая фаза – паретичная кишка: энтеральная недостаточность, синдром интраабдоминальной гипертензии;
- Третья фаза – нарастание эндотоксикоза за счет аутокаталитических процессов и нарушения метаболизма в других органах и системах.
- Четвертая фаза – тяжелая полиорганная недостаточность

Прогрессирующий парез кишечника, сопровождается:

– нарушением резорбтивной и барьерной функций кишечника;

– транслокацией толстокишечной микрофлоры в тонкую кишку;

– секвестрацией жидкости в кишечнике;

– заменой полостного и пристеночного пищеварения симбионтными его формами с участием микробных протеолитических ферментов, что сопровождается процессами брожения, гниения, газообразования и повышением внутрикишечного давления;

– многократной рвотой (вследствие переполнения кишечника секвестрированной жидкостью);

– глубокими нарушениями белково-энергетического и водно-электролитного равновесия сначала в интерстициальном секторе, а затем и в клеточном;

– сдавлением кишечной стенки между распирающими кишку газами, с одной

стороны, и ригидной брюшной стенкой, с другой;

– острой ишемией сдавленной кишечной стенки при повышении внутрикишечного давления выше 35 мм рт. ст. и некробиотическими изменениями в ишемизированных участках;

– повышением проницаемости ишемизированных участков стенки кишечника, вследствие чего происходит транслокация кишечной микрофлоры в брюшную полость, воротную вену и лимфатические пути забрюшинного пространства; – эндотоксикозом.

2 фаза абдоминальный сепсис, который характеризуется наличием очага инфекции в брюшной полости, двух или более признаков синдрома системного воспалительного ответа, синдромом энтеральной недостаточности и эндотоксикозом.

3 фаза тяжелый абдоминальный сепсис, который характеризуется прорывом микрофлоры через РЭС печени и через барьер каскада забрюшинных и средостенных лимфатических узлов в кровь, бактериемией,

тяжелым эндотоксикозом, артериальной гипотензией, нарушением тканевой перфузии и полиорганной недостаточностью.

4 фаза септический (инфекционно-токсический) шок, который характеризуется признаками тканевой и органной гипо-перфузии, неуправляемой артериальной гипотензией, стойко удерживающейся ниже 90 мм рт. ст. и не устраняющейся с помощью адекватной инфузионной терапии, применения инотропной и вазопрессорной поддержки. Сопровождается гиперлактатемией (лактат плазмы крови более 2 ммоль/л) и требующей использования катехоламинов для поддержания среднего артериального давления выше 65 мм рт. ст.

Клиническая картина перитонита определяется рядом факторов и связана с выраженностью патологических синдромов:

1. Первичным заболеванием или повреждением.
2. Распространенностью перитонита.
3. Стадией (фазой) перитонита.
4. Возрастом и реактивностью больного.
5. Сопутствующими болезнями.

Общие симптомы перитонита

– острое внезапное начало или усиление болей на фоне предшествующего хронического воспалительного процесса;

– вынужденное положение на спине и ограниченная подвижность больного, иногда приведение бедер к животу – при локализации процесса в нижних отделах живота, или полусидячее (вынужденное возвращение из горизонтального);

– явления интоксикации и тканевой гипоксии (бледность кожных покровов, цианоз губ и носа, акроцианоз, заострение черт лица – до лица Гиппократа; Тахикардия, снижение цифр системного артериального давления, симптом мраморного пятна в области ногтевого ложа (симптом Гведела – нажатие на ногтевую пластинку, кожу лба, мочку уха – симптом белого пятна, в норме восстанавливается через 2 с, при недостаточности капиллярной перфузии

3 с и более – шок, гиповолемия), снижение ЦВД, тахипноэ с явлениями острой дыхательной недостаточности, явления печеночно-почечной недостаточности (олиго- или анурия, желтушное окрашивание кожи и слизистых, азотемия, билирубинемия), прогрессирующее обезвоживание (рвота, сухая кожа, апатия, усталость, судороги в икроножных мышцах, ацетонурия, спавшие вены, головокружение, обмороки).

Сверхпризнак всех абдоминальных катастроф – Напряжение мышц передней брюшной стенки (defense musculaire, мышечная защита). Максимальное проявление – доскообразный живот. Может отсутствовать у многократно рожавших женщин, у тучных, у пожилых.

Стадии развития гнойного перитонита. Выделяют:

- реактивную – её продолжительность составляет одни сутки. Основным симптомом является сильный болевой синдром, распространяющийся по всему животу;
- токсическую – длительностью до трёх суток. Характеризуется тем, что наблюдается мнимое улучшение состояния человека. Болезненность стихает или полностью исчезает. Проявляются признаки интоксикации. При диагностировании заболевания на такой стадии, летальный исход наступает у каждого четвёртого пациента;
- терминальную – симптомы болезни начинают проявляться спустя трое суток с начала формирования воспалительного процесса.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В диагностике перитонита чаще всего используется обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости. Наиболее информативна она и в случаях диагностики перфорации полых органов (серп газа под куполом диафрагмы) и непроходимости кишечника (чаши Клойбера). В других случаях косвенными признаками перитонита являются ателектаз нижних отделов легкого, высокое стояние купола диафрагмы, выявление затемнения и нечеткая визуализация купола диафрагмы.

Лапароскопия – инвазивный метод, позволяющий визуализировать патологию и в ряде случаев выполнить лечебное пособие – лапароскопическое удаление источника перитонита с санацией и дренированием брюшной полости.

ЛЕЧЕНИЕ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Сроки подготовки к операции не должны превышать 2-6 ч. С учётом индивидуальных различий в зависимости от возраста больного, массы тела, наличия сопутствующих заболеваний.

Общая схема предоперационной подготовки включает:

- катетеризацию центральной вены, мочевого пузыря, желудка; внутривенное введение кристаллоидных растворов в объёме до 1000-1500 мл;
- переливание 400-500 мл коллоидных растворов для восполнения объёма циркулирующей жидкости;
- коррекцию гемодинамики и транспорта кислорода;
- внутривенное применение антибиотиков широкого спектра действия.

Основные этапы оперативного вмешательства

- устранение источника перитонита;
- интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости;
- дренирование кишечника, который при распространенных формах перитонита находится в состоянии пареза, применение всех средств ликвидации синдрома динамической кишечной недостаточности;
- выбор варианта завершения первичной операции и определение дальнейшей тактики ведения больного

Доступом выбора при распространенном перитоните является срединная лапаротомия, обеспечивающая возможность полноценной ревизии и санации всех отделов брюшной полости.

Санация брюшной полости – один из самых главных и ответственных этапов операции, качество выполнения которого во многом определяет динамику развития патологического процесса, а также необходимость проведения его последующих обработок.

В конце хирургического этапа лечения перитонита рекомендуется дренирование брюшной полости.

Существуют три основные стратегии по завершению первичной лапаротомии:

- традиционный (закрытый метод), когда после завершения всех основных этапов операции, брюшная полость зашивается наглухо;
- этапные операции с использованием полуоткрытых / полузакрытых технологий:
    - релапаротомия «по плану»;
    - релапаротомия «по требованию»;
- открытый живот (лапаростомия).

Рекомендованная литература

Обязательная

Факультетская хирургия в 2 ч. Часть 2: учебник для вузов / Н. Ю. Котаненко [и др.]; под редакцией Н. Ю. Котаненко. — Москва: Издательство Райт, 2020.

Дополнительная

Лебедев, Н. В. Перитонит и абдоминальный сепсис: руководство для врачей / Н. В. Лебедев, А. Е. Климов, М. Ю. Персов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 168 с. – ISBN 978-5-9704-8069-4

Клинические рекомендации: Острый перитонит

Ситуационные задачи

Задача № 1

У больного 58 лет 59 час назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Была тошнота и однократная рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли стихли. На 2-е сутки боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Эйфоричен. Пульс 128 ударов в мин, АД 95/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен во всех отделах и болезненный, но больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина — Блюмберга определяется во всех отделах. Температура 37,2°С. Лейкоцитов в крови — $18 \cdot 10^9$/л.

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

Задача № 2

Пациент 38 лет доставлен в хирургическое отделение в тяжелом состоянии с жалобами на боли по всему животу, слабость, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Боли в животе появились три недели назад. К врачу не обращался, так как в течении месяца в запое, длительное время злоупотребляет алкоголем. Состояние больного тяжелое. В легких дыхание жесткое. Пульс 124 уд. в мин., АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен грязным налетом. Живот вздут. Перистальтика кишечника не выслушивается. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Мочи мало.

При УЗИ в брюшной полости определяется свободная жидкость, содержащая эховзвесь, расширенные петли кишечника, содержащие свободную жидкость. Структура поджелудочной железы неоднородная, визуализируются полости деструкции в ткани железы, секвестры. В забрюшинной клетчатке слева также определяются очаги деструкций без

признаков секвестрации и формирования полостей. При лапароскопии в брюшной полости мутный выпот, множество бляшек стеатонекроза.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 3

Больной В., 35 лет, поступил в клинику с жалобами на боли по правому боковому каналу и правой подвздошной области, иррадиирующие в правое яичко, тошноту, повышение температуры тела до 38.5. Из анамнеза заболевания: болеет более 24 часов. Началось все с того, что сначала появились неопределенные боли в эпигастральной области, была однократная рвота. Самостоятельно принимал в таблетках Но-шпу, без эффекта. Позже отметил появление болей в правой подвздошной области и повышение температуры тела до 37.5. Нарастание болей, общей слабости и повышение температуры тела заставило обратиться за медицинской помощью.

Объективно: Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 38.5. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Ад 120/80 мм.рт.ст. Пульс 96 уд. в минуту. Язык пониженной влажности, обложен белым налетом. Отмечается бледность носогубного треугольника. Живот мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается болезненность по правому боковому каналу с эпицентром в правой подвздошной области. Отмечается локальное вздутие живота в правой подвздошной области.

Мочеиспускание свободное, учащенное, слегка болезненное. Газы и стул отходят. Дополнительные методы исследования: В общем анализе крови отмечено повышение уровня лейкоцитов до $20 \cdot 10^9$/л, СОЭ до 25 мм/ ч. В общем анализе мочи признаки микрогематурии. Биохимический анализ крови без изменений.

Инструментальные исследования: при ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено локальное вздутие купола слепой кишки и

терминального отдела подвздошной кишки. Отсутствие перистальтики в терминальном отделе подвздошной кишки. Незначительное количество выпота в илеоцекальном области. Визуализировать червеобразный отросток не удалось.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 4

Больная А., 45 лет доставлена СМП в приемный покой с жалобами на тупые боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 38.0, однократную рвоту желчью. Из анамнеза заболевания: боли в животе появились через 2 часа после ужина (употребление жирной пищи). Из анамнеза жизни: страдает сахарным диабетом 2 типа, коррекция углеводного обмена достигается инсулином.

Объективно: Состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 38.0. Дыхание жесткое, хрипов нет. АД 140/90 мм.рт.ст. Пульс 88 уд. в мин. Живот мягкий, не вздут, отмечается локальное напряжение мышц в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина Блюмберга положительные. Мочеиспускание свободное безболезненное. Газы и стул отходят.

Дополнительные методы исследования: В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз $18 \cdot 10^9$/л, повышение СОЭ до 25 мм/ч. В общем анализе мочи патологических изменений не выявлено. В биохимическом анализе крови отмечено, незначительное повышение общего билирубина до 30 мкмоль/л, АЛТ до 45 Ед./л, АСТ до 40 Ед./л. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено увеличение размеров желчного пузыря, конкременты, утолщение его стенок до 1.0см, умеренный выпот в подпеченочном пространстве.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 5

Больной И., 45 лет, доставлен СМП в приемное отделение с жалобами на резкие боли в центральные отделы живота, с иррадиацией в спину. Общую слабость. Из анамнеза: боли в животе появились резко 2 часа назад. Нарастание болей заставило обратиться за медицинской помощью. Из анамнеза жизни известно, длительное время страдает гипертонической болезнью, перенес два инфаркта. Объективно: Состояние больного тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные. Температура тела 36.9. Дыхание учащенное, жесткое, единичные сухие хрипы. АД 120/60мм.рт. ст. Пульс 100 уд. в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут в центральные отделы, болезненный во всех отделах с эпицентром в околопупочной области, где пальпируется образование продолговатой формы размерами 10х8см, пульсирующее. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Газы отходят с трудом. Стула не было два дня.

Дополнительные данные: В общем анализе крови выявлены признаки анемии Эр. $3.5 \cdot 10^{12}$/л, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $12 \cdot 10^{9}$/л. В общем анализе мочи и биохимическом анализе крови патологических изменений не выявлено. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено, что имеется выраженный пневматоз кишечника. В проекции брюшного отдела аорты визуализировано образование размерами 8х6см, с двойным контуром по задней стенке. Выпота в брюшной полости не обнаружено.

О каком заболевании можно думать и чем можно объяснить его развитие? Какова тактика лечения больного?

Задача № 6

У больного 38 лет после приема алкоголя появились выраженные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота. Состояние тяжелое. Кожа лица гиперемирована, сухая. В легких жесткое дыхание, ослабленное слева. Пульс 120 в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст. Язык

сухой, обложен. Живот увеличен в объеме, участвует в акте дыхания ограниченно в верхних отделах, болезненный в эпигастрии, где определяется ригидность и положительный симптом раздражения брюшины. Перистальтика отсутствует. Стула не было. При ультрасонографии установлено, что поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, с очагами повышенного отражения. В сальниковой сумке скудное количество жидкости. Желчный пузырь неизменен. Холедох обычных размеров. В брюшной полости определяется свободная жидкость.

Ваш диагноз? В чем состоит лечебная тактика?

Задача № 7

Больной 36 лет поступил через 4 ч от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастральной области, была однократная рвота. Больной находился в квартире один и смог вызвать врача только через 3 ч.

В момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая локальная болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Температура 37,3СС, пульс 100 в минуту. Лейкоцитов в крови 15,0 103 в 1 мкл. Положительным оказался и симптом Ровзинга. Был поставлен диагноз острого аппендицита, и больной взят на операцию. Однако после вскрытия брюшной полости по Волковичу-Дьяконову выделилось значительное количество мутной жидкости с примесью кусочков непереваренной пищи.

Каков правильный диагноз? Почему ошибся хирург? Что следует предпринять.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

Задача № 8

Больной Н. 40 лет поступил в приемное отделение хирургического стационара спустя 10 ч момента начала заболевания, жалуется на наличие интенсивных болей в эпигастрии, которые начались внезапно, как от удара кинжалом. Из анамнеза известно, что пациент в течение 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Объективно язык сухой (как щетка), пульс 100 в минуту, АД 90/60 мм рт ст со склонностью к гипотонии, живот напряжен в верхних отделах, при пальпации резко болезненный в верхних отделах и по ходу правого бокового канала, положительные симптомы раздражения брюшины в верхних отделах живота и по ходу правого бокового канала. Исследование per rectum – без особенностей.

О каком заболевании можно думать? В чем состоит особенность операции при данном варианте течения заболевания?

Задача № 9

Больному 42 лет в плановом порядке по поводу язвы желудка была выполнена резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера. На 3-е сутки после операции состояние больного резко ухудшилось. Появились резкие боли в эпигастральной области, которые распространились по всему животу. Дыхание поверхностное, икота. Ps – 120 уд. в мин. Живот вздут, болезненный в эпигастральной области, правом подреберье, напряжен. Перистальтика не прослушивается. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

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

Задача № 10

Больной 29 лет, доставлен вертолетом из геологической партии на третьи сутки от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии. Он – вялый, аппатичный, адинамичный, с трудом вступает в контакт, не может

сообщить о начале и течении заболевания. Имеется типичное «лицо Гиппократа». Температура – 39,2*С. Дыхание – поверхностное, ЧД – до 36 дыхательных движений в мин. Пульс – 132 удара в мин., слабого наполнения. Артериальное давление – 80 / 40 мм.рт.ст. Язык – сухой, обложен коричневым налетом. Живот – резко и диффузно вздут, при пальпации – умеренно болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печеночная тупость отсутствует, в свободной брюшной полости определяется жидкость. Перистальтика кишечника не выслушивается.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика?

ГРЫЖИ ЖИВОТА

Наружные грыжи живота – перемещение внутренних органов с пристеночным листком брюшины через естественные или искусственные отверстия мышечно-апоневротического слоя при сохранности кожных покровов.

Обязательными компонентами истинной грыжи являются:

Грыжевые ворота – это отверстия в мышечно-апоневротическом слое, через которое под влиянием различных причин происходит выпячивание париетальной брюшины и внутренних органов.

Грыжевой мешок – это часть пристеночной брюшины, вышедшая через грыжевые ворота. Различают шейку, тело и верхушку грыжевого мешка. Шейкой грыжевого мешка является его проксимальный отдел, находящийся в грыжевых воротах. Тело – наиболее широкая часть, располагающаяся непосредственно под кожей. Верхушкой называют дистальную часть грыжевого мешка.

Грыжевым содержимым обычно являются подвижные органы брюшной полости: большой сальник, тонкая, сигмовидная кишка, редко – слепая кишка.

По анатомическому строению различают: паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота (эпигастральные), поясничные и др.

Послеоперационные грыжи встречаются в различных участках брюшной стенки после операций на органах брюшной полости, в том числе сформировавшиеся в местах доступов для выполнения лапароскопических операций, а также выхода на переднюю брюшную стенку дренажей и тампонов.

Рецидивные грыжи развиваются в местах операций, произведённых по поводу грыж.

Травматические грыжи возникают в местах травм брюшной стенки без нарушения целостности кожи, но с разрушением остальных анатомических слоёв.

Скользящие грыжи, у которых одна из стенок мешка формируется стенкой органа, покрытого брюшиной с трёх сторон (располагающегося мезоперитонеально), например, слепая кишка, мочевой пузырь.

По клиническому течению: вправимые грыжи (свободно возвращающиеся в брюшную полость самостоятельно, либо при мануальном воздействии); – невправимые грыжи (содержимое которых в результате сращения с грыжевым мешком невозможно вправить в брюшную полость).

Осложненные грыжи = ущемлённые грыжи, при которых: ущемленные органы могут быть жизнеспособны; ущемленные органы с необратимыми патологическими изменениями; имеет место флегмонозный процесс в области грыжевого выпячивания.

Причины образования грыж живота.

Предрасполагающие факторы способствуют ослаблению брюшной стенки, увеличению существующего анатомического отверстия и появлению грыжевого выпячивания: отягощенная наследственность –

врожденная слабость соединительной ткани; особенности конституции человека – астеническое телосложение, беременность, аномалии развития передней брюшной стенки и пахового канала (при врожденных грыжах); возраст (например, слабая брюшная стенка у детей первого года жизни, гипотрофия тканей брюшной стенки у старых людей); пол (особенности строения таза и большие размеры бедренного кольца у женщин, образование пахового канала у мужчин); степень упитанности, стремительное снижение массы тела, травма брюшной стенки, послеоперационные рубцы.

Производящие факторы вызывают повышение внутрибрюшного давления: тяжелый физический труд или однократный подъем тяжести; трудные роды; затруднение мочеиспускания при доброкачественной гиперплазии или опухоли простаты; продолжительные запоры; длительный кашель при хронических заболеваниях легких; частый плач и крик в младенческом возрасте.

Диагностика.

- Анамнез заболевания
- Наличие опухолевидного образования
- Боли – при ущемлении, при формировании грыжевых ворот.
- Вправимость, невправимость
- Симптом «кашлевого толчка»
- Осмотр стоя, лежа
- Перкуссия
- Диафаноскопия
- УЗИ, КТ, рентгенография.

Паховая грыжа (ПГ)

Паховый канал располагается в пределах пахового треугольника, сторонами которого являются: сверху — горизонтальная линия, проведенная от границы наружной и средней третей паховой связки к латеральному краю

прямой мышцы живота; медиально-латеральный край прямой мышцы живота; снизу — паховая связка.

Разделяют ПГ на «**прямые**» (медиально к сосудам) и «**непрямые**» (латерально).

Клиническая картина.

Пациенты жалуются на дискомфорт или боль в паховой области. Возможна иррадиация болей в низ живота, поясницу, крестец.

ПГ представляет собой опухолевидное выпячивание в области паха, мягкое и эластичное при ощупывании. Неосложненная грыжа легко вправляется в брюшную полость, появляется в вертикальном положении и при нагрузках, сопровождаясь тянущими и болевыми ощущениями в паху. ПГ больших размеров могут спускаться в мошонку.

Грыжи малых размеров могут протекать без клинической симптоматики. По мере увеличения грыжи появляются жалобы, нарастает их интенсивность, возникают ограничения трудоспособности.

Клиническая симптоматика ущемленной грыжи.

Ущемленная грыжа распознается по внезапно возникшим болям в области грыжи, невозможности вправления ранее свободно вправлявшейся грыжи, увеличению в объеме, напряжению и болезненности при пальпации грыжевого выпячивания, отсутствию симптома «кашлевого толчка».

У пациента с ущемленной ПГ, осложненной кишечной непроходимостью, присоединяются схваткообразные боли в животе, жажда, сухость во рту, повторная рвота, задержка отхождения стула и газов.

Ущемленная ПГ, осложненная флегмоной грыжевого мешка, распознается по отечному, горячему на ощупь грыжевому выпячиванию, гиперемии кожи и отеку подкожной клетчатки, распространяющемуся за пределы грыжевого выпячивания.

Ультразвуковое исследование обладает высокой специфичностью и является недорогим и широкодоступным. Оно позволяет уточнить размеры грыжевых ворот, характеристики грыжевого содержимого, диагностировать

липому семенного канатика, провести дифференциальную диагностику. При ущемленной ПГ, осложненной кишечной непроходимостью, при УЗИ брюшной полости могут определяться расширенные петли кишечника и маятникообразная перистальтика.

Компьютерную томографию целесообразно использовать у пациентов с выраженным ожирением, редкими формами и рецидивами грыжевых образований, неоднократными оперативными вмешательствами на органах брюшной полости.

Магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости рекомендуется пациентам с подозрением на ПГ в качестве дополнительного источника данных при наличии скрытой паховой грыжи.

Консервативное лечение.

Консервативное лечение в виде ношения бандажа рекомендуется только для пациентов с ПГ с абсолютными противопоказаниями к оперативному лечению: сердечно-легочные заболевания в стадии декомпенсации, прогрессирующие заболевания почек и печени, злокачественные опухоли в терминальной стадии, заболевания крови.

Хирургическое лечение.

«золотым стандартом» лечения ПГ сегодня стали хирургические вмешательства с использованием для пластики грыжевых ворот сетчатых имплантов:

- техника открытого доступа по Лихтенштейну
- видеоэндоскопические технологии:
    - трансабдоминальная преперитонеальная пластика – ТАПП (TAPP)
    - тотальная экстраперитонеальная пластика ТЭП (TEP).

Открытый доступ (операция Лихтенштейна) рекомендуется в первую очередь для пациентов пожилого возраста.

Открытое хирургическое вмешательство при ПГ состоит из: отделения грыжевого мешка от анатомических структур семенного канатика,

вправления содержимого грыжевого мешка, резекции или вправления грыжевого мешка пластики и (или) усиления фасциального дефекта задней стенки пахового канала синтетическим материалом.

Для молодых пациентов с ПГ рекомендуется оперативное лечение с использованием эндоскопических технологий.

При ущемлении тонкой кишки выполняется ее резекция с наложением анастомоза. Вопрос о способе завершения резекции толстой кишки решается индивидуально. Концы кишки, подлежащей удалению, зашиваются наглухо и отграничиваются от брюшной полости. Затем выполняется герниотомия. Ущемленная некротизированная часть кишки удаляется через герниотомический разрез. Первичная герниопластика не производится, гнойная рана дренируется. Операция заканчивается дренированием брюшной полости.

Послеоперационная вентральная грыжа

Послеоперационная вентральная грыжа — это дефект брюшной стенки, с или без грыжевого выпячивания, возникший на месте послеоперационного рубца после оперативного вмешательства на органах брюшной полости.

Хирургическая техника закрытия лапаротомной раны и послеоперационная раневая инфекция считаются наиболее важными причинными факторами, увеличивающими риск образования послеоперационной грыжи.

Классификация.

***По размерам*:**

малая грыжа – занимает менее 1-й области живота, не изменяет конфигурацию

живота и определяется только пальпаторно;

средняя грыжа – занимает часть области, выпячивая ее;

обширная грыжа – занимает всю область, деформирует живот;

гигантская грыжа – занимает 2-3 области и более, резко деформирует живот, мешает пациенту ходить.

По локализации на брюшной стенке: срединная (M); латеральная (L).

По ширине грыжевых ворот: W1 (малая) <4 см; W2 (средняя) ≥4-10 см; W3 (большая) ≥10 см.

***По частоте рецидивов*:** R0; R1; R2; R3, ….

Клиническая картина.

Основными симптомами заболевания являются наличие грыжевого выпячивания и боли в области грыжи. Боль в области грыжевого выпячивания возникает при физической нагрузке, ходьбе, резких движениях.

Выпячивание постепенно увеличивается. При длительном существовании послеоперационные грыжи достигают гигантских размеров, становятся невправимыми. С ростом величины грыжи отмечается снижение физической активности пациентов, а также нарушение их трудоспособности.

Передняя брюшная стенка обезображена широкими рубцами, которые бывают настолько истончены, что под ними легко пальпируются кишечные петли. Широкие, истонченные рубцы брюшной стенки подвержены мацерации и изъязвлению, что может привести к разрыву грыжи.

Физикальное обследование. Осмотр проводят в положении стоя и в горизонтальном положении. При обследовании живота в положении стоя в области послеоперационного рубца в результате расхождения апоневроза определяется выпячивание. Диагностика послеоперационных грыж малых размеров затруднена у лиц с большим отложением подкожного жирового слоя.

УЗИ брюшной стенки и органов брюшной полости позволяет: определить точную локализацию, истинные размеры и форму основного грыжевого дефекта, а также выявить дополнительные грыжевые ворота; изучить форму и содержимое грыжевого мешка; диагностировать очаги хронического воспаления в мягких тканях живота в области грыжи (хронические воспалительные инфильтраты, околошовные гранулёмы, абсцессы, лигатурные свищи); выявить симультанную хирургическую патологию

органов брюшной полости; проводить раннюю диагностику раневых осложнений в послеоперационном периоде; оценить качество выполненной пластики брюшной стенки в отдаленном послеоперационном периоде; проводить раннюю диагностику рецидива заболевания.

Компьютерная томография рекомендуется в случаях ожирения, неоднократных операций в анамнезе, больших грыж с нечеткими контурами грыжевого мешка, посттравматических грыж и для диагностики редких вентральных грыж.

Хирургическое лечение.

- ОТКРЫТАЯ герниопластика
    - без использования эндопротеза
    - с использованием эндопротеза
- ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ герниопластика
    - с использованием эндопротеза

Осложнения после эндопротезирования: серома, инфекция, гнойный или кишечный свищ, разрыв эндопротеза, кишечные спайки, миграция эндопротеза, сморщивание эндопротеза, поздние нарушения функции брюшной стенки.

Рекомендованная литература

Обязательная

Факультетская хирургия в 2 ч. Часть 2: учебник для вузов / Н. Ю. Котаненко [и др.]; под редакцией Н. Ю. Котаненко. — Москва: Издательство Райт, 2020.

Дополнительная

Грыжи / Егиев В.Н., Воскресенский П.К. М., 2024

Клинические рекомендации: Паховая грыжа, Послеоперационная вентральная грыжа

Ситуационные задачи

Задача № 1

На прием к хирургу обратилась пациентка 50 лет, которая жаловалась на наличие тупых тянущих болей в левой паховой области, особенно после длительной ходьбы и поднятия тяжестей. При осмотре в этой области определяется овоидной формы мягко эластичное образование размером 5х6 см, безболезненное, в горизонтальном положении уменьшающееся, но полностью не исчезающее.

Ваш диагноз? Какова тактика лечения пациентки?

Задача № 2

У пациента, 38 лет, была выполнена операция через 12 час после ущемления левосторонней паховой грыжи. В грыжевом мешке оказались две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель нормализовался, появились перистальтика и пульсация сосудов брыжейки. Обе петли были погружены в брюшную полость. Хирург произвел пластику задней стенки пахового канала. Через сутки после операции пациент повторно оперирован по поводу разлитого гнойного перитонита. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника.

Какая ошибка была допущена во время первой операции приведшая к возникновению перитонита?

Задача № 3

В хирургическое отделение переведен из кардиологического отделения пациент с ущемленной левосторонней бедренной грыжей на 10 сутки после обширного инфаркта миокарда. С момента ущемления прошло 6 часов. Имеются признаки кишечной непроходимости.

Какова тактика хирурга?

Задача № 4

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами : на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем t тела до 38 0 С.

Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно: состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД – 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах.

Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с “металлическим” оттенком. Определяется “шум плеска”. Стула не было 2 дня, газы не отходят. В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная температура.

При пальпации образование резко болезненное, плотноэластической консистенции, с размягчением в центре.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 5

Больной, 55 лет, был доставлен в приемное отделение с явлениями ущемленной пахово-мошоночной грыжи справа. Ущемление развилось 1,5 часа назад. Больной дома безуспешно пытался вправить грыжу. В порядке оказания экстренной медицинской помощи взят в операционную. На

операционном столе, во время обработки операционного поля, произошло самопроизвольное вправление грыжи.

Ваши дальнейшие действия? Обоснуйте выбранную Вами тактику.

Задача № 6

Больной К., 64 года предъявляет жалобы на наличие опухолевидного образования в левой паховой области, повышение температуры до 38,40 С, рвоту, задержку стула, газов. Из анамнеза: грыженосительство 5 лет. Двое суток назад после физической нагрузки почувствовал боли в области грыжевого выпячивания, грыжа перестала вправляться. Объективно: в левой паховой области опухолевидное образование 6·4·4 см, плотно – эллластической консистенции, резко болезненное, кожа над ним ярко гиперемирована. Имеется положительный симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах живота. В анализе крови – лейкоцитоз $14,5 \cdot 10^9$/л, палочко-ядерный сдвиг влево. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости определяются чаши Клойбера.

Ваш диагноз? В чем состоит лечебная тактика?

Задача № 7

Пациент Р., 72 лет поступил в клинику с жалобами на наличие опухолевидного образования в области операционного рубца по средней линии живота. Два года назад оперирован по поводу прободной язвы желудка. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В анамнезе детские инфекции, простудные заболевания, хронический бронхит.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык влажный, чистый. Дыхание везикулярное с жестковатым оттенком, проводится во всех отделах. Тоны сердца приглушены, пульс 60 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/70 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги. Перитонеальных симптомов нет. По средней линии живота имеется

операционный рубец, в центре которого опухолевидное образование диаметром до 14 см, эластической консистенции вправляющееся свободно в брюшную полость.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

Задача № 8

Больная Б., 50 лет, асфальтоукладчица, обратилась к хирургу поликлиники. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области пупка.

Из анамнеза: образование появилось 3 года назад, увеличивается в размерах при выполнении физической нагрузки, исчезает в положении лежа.

Объективно: Состояние удовлетворительное, повышенного питания. Рост = 156 см., масса тела = 78кг. Кожа обычной окраски. Дыхание везикулярное. ЧД = 18 в1мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 84 в 1мин, АД = 140 и 90 мм рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот больших размеров, при пальпации мягкий, безболезненный. Выше пупка по средней линии определяется дефект в апоневрозе 4 см. в диаметре.

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

Задача № 9

Утром у больного 50-ти лет внезапно появились сильные боли в правой паховой области, В анамнезе у больного в течение 10-ти лет имеется паховая грыжа. От предлагаемой операции неоднократно отказывался, постепенно грыжевое выпячивание увеличивалось в размерах, перестало вправляться в брюшную полость.

В настоящее время грыжевое выпячивание увеличилось в размерах, стало напряженным и болезненным при пальпации. При осмотре в приемном отделении больницы вечером того же дня: состояние больного

средней тяжести, кожные покровы бледные, тахипноэ до 24 в 1 минуту, тахикардия 120 уд с 1 минуту, АД 110 и 70 мм.рт.ст. В правой паховой области в паховой области справа, выше пупартовой связки выявляется выпячивание округлой формы размером 3·2·2 см, овальной формы, плотной консистенции, не вправимое в брюшную полость, болезненное. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Кожные покровы не изменены. Во время оформления медицинской документации у больного исчезли боли, он отметил, что выпячивание внезапно вправилось в брюшную полость.

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

Задача № 10

У больного 42 лет, течении 10 лет страдающего правосторонней паховой грыжей, после поднятия тяжести внезапно появились интенсивные боли в правой паховой области, выпячивание увеличилось в размерах, перестало вправляться в брюшную полость. Вскоре появились схваткообразные боли в животе, вздутие живота. Больной обратился к участковому терапевту.

О каком осложнении грыжи можно подумать? Тактика врача?

РАК ЖЕЛУДКА

Рак желудка (РЖ) – гетерогенная группа злокачественных эпителиальных опухолей, исходящих из клеток слизистой оболочки желудка.

Этиология.

Алиментарные предрасполагающие факторы: алкоголь, злоупотребление соленой, жареной, консервированной, маринованной, насыщенной пряностями пищей; употребление продуктов, зараженных микотоксинами; дефицит поступления микроэлементов и витаминов.

Фоновые заболевания: хронический атрофический гиперпластический гастрит, аденоматозные полипы, пернициозная анемия, состояния после резекции желудка, болезнь Менетрие (гипертрофическая гастропатия, гиперпластический гигантоскладочный гастрит).

Классификация.

Макроскопическая классификация: ранний и распространенный рак желудка.

Стадирование по системе TNM:

T – максимальная глубина инвазии опухоли в стенку желудка: Tx – первичная опухоль не может быть оценена; T0 – данных о наличии первичной опухоли не выявлено; Tis – карцинома in situ (опухоль в пределах слизистой оболочки без инвазии собственной пластинки); T1 – опухоль захватывает собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки, подслизистый слой;

T1a – опухоль захватывает собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки; T1b – опухоль захватывает подслизистый слой; T2 – Опухоль захватывает мышечный слой; T3 – Опухоль захватывает субсерозную оболочку без инвазии в висцеральную брюшину или прилежащие структуры;

T4a – опухоль распространяется на серозную оболочку (висцеральная брюшина); T4b – опухоль распространяется на соседние структуры, такие как селезенка, поперечная ободочная кишка, печень, диафрагма, поджелудочная железа, передняя брюшная стенка, надпочечник, почка, тонкая кишка, забрюшинное пространство.

N – характеристика состояния регионарных лимфатических узлов: Nx – Регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены, N0 – Нет метастазов в регионарных лимфатических узлах, N1 – Поражение 1–2 регионарных лимфатических узлов, N2 – Поражение 3–6 регионарных лимфатических узлов, N3 – Поражение 7 и более регионарных

лимфатических узлов, N3a: поражение 7–15 регионарных лимфатических узлов, N3b: поражение 16 и более регионарных лимфатических узлов.

M – характеристика отдаленных метастазов: Mx – Наличие отдаленных метастазов установить невозможно, M0 – Отдаленные метастазы отсутствуют, M1 – Наличие отдаленных метастазов или наличие опухолевых клеток в смывах/биоптатах с брюшины.

Клиника.

- Симптомы общего характера (общая слабость, прогрессирующее похудание, ухудшение аппетита, тошнота, анемия, боли в эпигастральной области).
- Симптомы, обусловленные локализацией (кардиоэзофагеальный переход, пилорический отдел), формой роста опухоли (изъязвление, инфильтративный рост) и метастазированием.

Диагностика.

Эзофагогастродуоденоскопия с мультифокальной биопсией опухоли в 6–8 участках с целью определения локализации первичной опухоли в желудке и получения морфологической верификации. Эффективность метода возрастает при использовании современных технологий эндоскопической визуализации: увеличительной эндоскопии, узкоспектральной визуализации, хромоэндоскопии, флуоресцентной диагностики.

Рентгеноскопия пищевода, желудка и ДПК позволяет определить локализацию и протяженность опухолевого поражения, выявить распространение на пищевод и двенадцатиперстную кишку, оценить выраженность и протяженность стеноза.

Абдоминальное УЗИ позволяет выявлять метастатическое поражение печени, увеличение перигастральных и забрюшинных лимфатических узлов, яичников, асцит, а также прорастание опухоли за пределы стенки органа и вовлечение соседних структур.

Компьютерная и ***МР томография*** грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным и пероральным контрастированием является стандартом уточняющей диагностики при раке желудка.

Диагностическая лапароскопия с забором смывов с брюшины для цитологического исследования (определения) свободных опухолевых клеток в лаваже и забором материала обнаруженных изменений для патологоанатомического исследования обязательна при тотальном и субтотальном поражении желудка.

Хирургическое лечение.

Эндоскопическое лечение «раннего» рака желудка (cTis–T1aN0M0): эндоскопическая резекция слизистой оболочки желудка (EMR), эндоскопическая резекция слизистой оболочки с диссекцией подслизистого слоя (ESD).

Рекомендуется выполнять ***дистальную субтотальную резекцию желудка*** при раке антрального отдела желудка при отсутствии очагов тяжелой дисплазии и рака in situ в остающейся части желудка.

Рекомендуется выполнять ***проксимальную субтотальную резекцию желудка*** при раке кардиоэзофагеального перехода, а также при небольших опухолях кардиального отдела или дна желудка экзофитной или смешанной формы роста.

Гастрэктомия (полное удаление желудка с регионарными лимфатическими узлами) должна выполняться во всех случаях, кроме рака антрального отдела желудка при отсутствии очагов тяжелой дисплазии и рака in situ в остающейся части желудка, рака кардиоэзофагеального перехода, а также небольших опухолей кардиального отдела или дна желудка экзофитной или смешанной формы роста. Объем радикальной операции по поводу рака желудка должен включать: удаление единым блоком пораженного желудка (или соответствующей его части) с обоими сальниками, клетчаткой и лимфатическими узлами регионарных зон; пересечение органа на расстоянии не менее 5 см от макроскопически

определяемого края опухоли с отграниченным типом роста и не менее 6–7 см при раке язвенно-инфильтративного и диффузного типов. Для подтверждения радикальности операции выполняют срочное морфологическое исследование краев резекции по линии пересечения органов.

Локальное лечение олигометастатической болезни (***хирургия, радиочастотная абляция, стереотаксическая лучевая терапия***) может иметь место у пациентов с хорошим ответом на лекарственную терапию и с возможностью достижения радикального статуса после хирургического вмешательства.

Паллиативная резекция желудка/гастрэктомии и/или метастазэктомия т требуется при: жизнеугрожающих осложнениях опухолевого процесса, не купируемые консервативно (перфорация желудка, повторные кровотечения, опухолевые стенозы и т.д.); переход исходно диссеминированного или исходно нерезектабельного местно-распространенного процесса в операбельное состояние в результате эффекта лекарственной терапии; олигометастатическая болезнь при возможности выполнения радикальной операции.

Рекомендованная литература

Обязательная

Факультетская хирургия в 2 ч. Часть 2: учебник для вузов / Н. Ю. Котаненко [и др.]; под редакцией Н. Ю. Котаненко. — Москва: Издательство Райт, 2020.

Дополнительная

Ганцев, Ш. Х. Рак желудка / авт. -сост. Ш. Х. Ганцев, Т. В. Бочкова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 240 с.

Клинические рекомендации: Рак желудка.

Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной 55 лет. Поступил в хирургическое отделение с диагнозом язвенная болезнь желудка, желудочное кровотечение. В течение последних 3 месяцев больной отмечает снижение аппетита, ноющие боли в эпигастральной области, несколько усиливающиеся после приема пищи. При осмотре: больной несколько пониженного питания, кожа бледной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отмечается умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Анализ крови: НЬ – 95 г/л, лейк. – $7{,}0 \cdot 10^9$/л, п/я – 5, с/я – 68, эоз. – 1, лимф. – 23, мон. – 3. СОЭ – 30 мм/час.

При рентгеноскопии желудка в антральном отделе по малой кривизне обнаружена "ниша" овальной формы с валиком вокруг и конвергенцией утолщенных складок слизистой. Проведение противоязвенной терапии дало положительный клинический эффект (улучшение общего состояния, уменьшение интенсивности болей), однако, при рентгенологическом исследовании через три недели отмечено увеличение "ниши" в размерах и увеличение ширины вала вокруг нее.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Нужны ли дополнительные исследования для подтверждения диагноза?

Задача № 2

У больного Т, 53 лет, длительно страдающего язвенной болезнью, в течение последних 6 мес. отмечаются слабость, снижение аппетита, похудание, боли в эпигастрии тянущего характера, отвращение к пище.

Объективно: язык влажный, обложен налетом; живот умеренно вздут, участвует в дыхании, перистальтика активная. Симптом плеска отрицательный.

О развитии какого осложнения язвенной болезни можно подумать? Какие исследования необходимо провести, в первую очередь??

Задача № 3

Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод неизменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до кардиального жома. Произведена биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопросы: предположите диагноз, дообследование для определения стадии заболевания, лечебная тактика?

Задача № 4

Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течении 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной на кануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе- патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой

кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 5

Больной К. 74 лет, хирург. Жалобы на похудание, снижение аппетита, затруднение глотания. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается незначительная болезненность в эпигастральной области. Рентгенологически: сужение просвета верхней трети желудка с переходом на розетку кардии. При эзофагогастродуоденоскопии: слизистая верхней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, отмечается сужение розетки кардии, инфильтрации распространяется на пищевод. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, забрюшинных лимфоузлов не выявлено.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 6

Больной А. 56 лет, профессор истории. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация

распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 3х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка.

Ваш диагноз? В чем состоит лечебная тактика?

Задача № 7

Больной Г. 65 лет, фрезеровщик, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод неизменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до кардиального жома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Ваш диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

Задача № 8

Больная К. 34 лет. Мать, бабушка умерли от рака желудка. Жалобы на боли в эпигастральной области, рвоту съеденной пищей, увеличение живота в объеме. Похудела за последние 2 месяца на 12 кг. При ЭГДС и рентгеноконтрастном исследовании желудка и пищевода установлено наличие опухоли, инфильтрирующей слизистую желудка по большой и

малой кривизне на всем протяжении от кардиального жома до привратника. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: имеется свободная жидкость в брюшной полости, по брюшине определяются очаги инфильтрации до 1 см в диаметре.

Диагноз? Стадия? Лечебная тактика?

Задача № 9

Больная В. 62 лет, профессор орнитологии. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области. Похудела за 3 месяца на 13 кг. Объективно: увеличены надключичные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно – дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в печени имеется 3 округлых образования, без четких границ, размерами до 2 см в диаметре, забрюшинное пространство без очаговых образований, в брюшной полости определяется свободная жидкость.

Диагноз? Стадия. Лечебная тактика?

Задача № 10

Больной Щ. 41 лет. В анамнезе: в течении 5 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка, анемии. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких – без патологии; пищевод неизменен, в нижней трети желудка по малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. ЭГДС: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до привратника, при

пальпации кровоточит. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника, очаги инфильтрации по брюшине.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика?

РАК ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Рак прямой кишки – злокачественная опухоль, развивающаяся из клеток эпителия прямой кишки и локализующаяся в пределах 15 см от ануса при измерении ригидным ректоскопом.

В прямой кишке выделяют следующие отделы: нижнеампулярный (0–5 см от анокутанной линии), среднеампулярный (5–10 см от анокутанной линии), верхнеампулярный (10–15 см от анокутанной линии).

В качестве **факторов риска** развития рассматриваются: хронические воспалительные заболевания толстой кишки (например, язвенный колит, болезнь Крона), курение, алкоголь, превалирование в рационе красного мяса, наличие сахарного диабета, ожирение или повышенный индекс массы тела, низкая физическая активность.

Морфологическая классификация:

- низкая степень злокачественности (включает карциномы G1-G2),
- высокая степень злокачественности (включает карциномы G3-G4).

Классификация TNM.

Символ T содержит следующие градации:

Tis – преинвазивный рак (интраэителиальная инвазия или инвазия собственной пластинки слизистой оболочки).

T1 – опухоль распространяется в подслизистый слой стенки кишки.

T2 – опухоль распространяется на мышечный слой, без прорастания стенки кишки.

T3 – опухоль прорастает все слои стенки кишки с распространением в жировую клетчатку, без поражения соседних органов.

T4a – прорастание висцеральной брюшины.

T4b – прорастание в другие органы и структуры.

Символ N содержит следующие градации:

N0 – поражения регионарных лимфатических узлов нет.

N1 – метастазы в 1–3 (включительно) регионарных лимфатических узлах.

N1a – метастазы в 1 регионарном лимфатическом узле.

N1b – 2–3 лимфатических узла.

N1c – диссеминаты в брыжейке без поражения регионарных лимфатических узлов.

N2 – метастазы в более чем 3-х регионарных лимфатических узлах.

N2a – поражено 4–6 лимфатических узлов.

N2b – поражено 7 и более лимфатических узлов.

Символ M характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов:

M0 – отдаленных метастазов нет.

M1 – наличие отдаленных метастазов.

M1a – наличие отдаленных метастазов в одном органе.

M1b – наличие отдаленных метастазов более чем в одном органе.

M1c – метастазы по брюшине.

Диагностика.

Жалобы на появление крови, слизи или гноя на туалетной бумаге и в каловых массах; диарею или запоры; чувство неполного опорожнения кишечника; ощущение инородного тела в прямой кишке; боли внизу живота; появление в области ануса снаружи или за анальным сфинктером неясных новообразований, которые часто имеют вид цветной капусты; признаки паранеопластического синдрома — слабость, потеря веса, тошнота и рвота,

анемия, общее ухудшение самочувствия; признаки поражения других органов и систем при метастазировании в них — головные боли, судороги, кашель, кровохарканье, увеличение лимфатических узлов, накопление жидкости в полости живота и др.

Всем пациентам раком прямой кишки до начала лечения надо выполнять ***физикальное обследование***, включающее ***пальцевое ректальное исследование***.

Инструментальные методы исследования.

Ректороманоскопия для определения глубины расположения опухоли в прямой кишке.

Колоноскопия с взятием биопсийного материала позволяет непосредственно визуализировать опухоль, определить её размеры, локализацию и макроскопический тип, оценить угрозу осложнений (кровотечение, перфорация), а также получить материал для морфологического исследования. Чувствительность и специфичность метода возрастает при использовании современных технологий эндоскопической визуализации (***увеличительной эндоскопии, узкоспектральной эндоскопии, хромоэндоскопии, флуоресцентной диагностики***).

При невозможности выполнения колоноскопии, рекомендуется – ***ирригоскопия и КТ-колонография***.

МРТ малого таза позволяет определить локализацию, протяженность, глубину инвазии опухоли, оценить состояние регионарных лимфатических узлов.

КТ органов брюшной полости для оценки резектабельности метастазов.

Лечение.

Хирургическое вмешательство – это основной метод радикального лечения пациентов раком прямой кишки.

Предоперационное лечение – с целью улучшения локального контроля заболевания проводить предоперационную лучевую или химиолучевую терапию всем пациентам. ***Конформная лучевая терапия (КЛТ)*** – техника дистанционной лучевой терапии высокой точности, основанная на определении трехмерного объема опухоли и анатомии критических органов. РОД на первичную опухоль и зону регионарного метастазирования разовая доза 5 Гр, 5 фракций до совокупной дозы 25 Гр в течение 5 последовательных дней, затем – 2 курс дистанционной конформной лучевой терапии в комбинации с химиотерапией фторпиримидинами. Лечение ежедневно, 5 раз в неделю, фотонами 6–18 МэВ.

Хирургическое лечение.

Стандартные объёмы оперативных вмешательств у пациентов с раком прямой кишки:

- передняя резекция прямой кишки,
- низкая передняя резекция прямой кишки,
- брюшно-анальная резекция прямой кишки,
- операция Гартмана,
- брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

При осложнениях, связанных с кровотечением и/или перфорацией с развитием перитонита, показано на первом этапе выполнение оперативного вмешательства с соблюдением принципов тотальной мезоректумэктомии.

При раннем раке прямой кишки 0-I стадии (Tis–T1sm1-sm2N0M0) возможно выполнение хирургического лечения методом трансанального полнослойного эндоскопического удаления опухоли или эндоскопической подслизистой диссекции с целью сохранения органа.

Ведение больных осложненным раком прямой кишки.

Пациентам с острым кровотечением с целью его остановки рекомендуется выполнить срочное эндоскопическое исследование, системную гемостатическую терапию. В зависимости от результатов исследования производят эндоскопическую остановку кровотечения. При

невозможности/неэффективности эндоскопического гемостаза проводится экстренное хирургическое вмешательство.

При опухолевом стенозе с развитием кишечной непроходимости с целью её разрешения рекомендуется установка самораспрaвляющегося стента в зону опухолевого стеноза или оперативное лечение (колостомия/илеостомия).

В лечении болевого синдрома у пациентов с нерезектабельными метастазами рака прямой кишки рекомендуется проведение дистанционной лучевой терапии, медикаментозной терапии, локорегионарной анестезии в зависимости от причины болевого синдрома.

Рекомендованная литература

Обязательная

Факультетская хирургия в 2 ч. Часть 2: учебник для вузов / Н. Ю. Котаненко [и др.]; под редакцией Н. Ю. Котаненко. — Москва: Издательство Райт, 2020.

Дополнительная

Рак прямой кишки и анального канала: перспективы комбинированного лечения. Руководство для врачей Ю.А. Барсуков. ISBN 978-5-91894-080-8 Твердый переплет. Формат 70·100/16 Объем 860 стр. 2019 г.

Клинические рекомендации: Рак прямой кишки, Злокачественное новообразование ободочной кишки

Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной И. 65 лет, шофер, мать умерла от рака прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки (суживающий ее просвет).

Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети. Выполнена биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

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

Задача № 2

Больная К. 65 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом работник химкомбината в течении 45 лет. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологически: инфильтративный рак, низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

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

Задача № 3

Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет сужен за счет инфильтрации. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии.

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

Задача № 4

Больной Р. 63 лет. Отец, брат умерли от рака толстой кишки. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота, слабость. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в правой отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в правой половине кишки просвет сужен за счет экзофитного образования, размерами до 6 см в диаметре, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2см в диаметре, с нечетким контуром.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 5

Больная Р. 63 лет. В анамнезе: рак молочной железы. Жалобы на слабость, запоры, примеси слизи в кале, вздутие живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в левом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эдофитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 6

Больная К. 6о лет. В анамнезе: неспецифический язвенный колит. Жалобы на слабость, тошноту, иногда рвоту, тяжесть в животе, урчание, запоры. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эдофитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2см в диаметре, с нечетким контуром.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больной?

Задача № 7

Больной П. 62 лет. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на периодические боли в правой половине живота, слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 8 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 8

Больной А. 60 лет. В анамнезе: хронический колит. Жалобы слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота.

Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 7 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии. На рентгенограмме органов грудной полости обнаружены множественные очаги с нечеткими контурами в левом легком.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 9

Больная Х., 65 лет. Жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак прямой кишки. Отдаленных метастазов не выявлено.

Какой объем лечения предпочтителен у этой пациентки?

Задача № 10

Больной К. 70 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом проживал в районе реки Теча. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 4 месяца похудел на 10 кг. Объективно: неосложненный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологически: инфильтративный рак, низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Хронический панкреатит (ХП) – длительное воспалительное заболевание ПЖ, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями паренхимы и протоков органа, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции.

Классификация.

По этиологии: билиарнозависимый, алкогольный, дисметаболический, инфекционный, лекарственный, аутоиммунный, идиопатический.

По клиническим проявлениям: болевой, диспепсический, сочетанный, латентный.

По морфологическим признакам: интерстициально-отечный, паренхиматозный, фиброзно-склеротический, гиперпластический, кистозный.

По характеру клинического течения: редко-рецидивирующий, часто-рецидивирующий, перманентный – с постоянно присутствующей симптоматикой.

Клиническая картина (триада).

- Боль в животе
- Недостаточность внешнесекреторной функции ПЖ
- Эндокринная панкреатическая недостаточность

Критерии установления диагноза.

- анамнестические данные
    - жалобы на приступы абдоминальной боли
    - признаки экзокринной недостаточности
    - эндокринной недостаточности
- физикальное обследование
- лабораторные исследования
    - признаки экзокринной недостаточности

- эндокринной недостаточности
- инструментальные исследования.

Жалобы.

Боль локализуется в эпигастрии с иррадиацией в спину, усиливаясь после приема пищи и уменьшаясь в положении сидя или наклоне вперед.

Физикальное обследование.

Болезненность в зоне Шоффара при пальпации живота, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки;

положительный симптом Мейо-Робсона – болезненность при пальпации в области левого реберно-позвоночного угла.

Лабораторные исследования.

Для диагностики экзокринной панкреатической недостаточности в клинической практике у пациентов с ХП используется определение активности панкреатической эластазы-1 в кале

Для оценки эндокринной недостаточности используется исследование уровня гликозилированного гемоглобина в крови, уровня глюкозы крови натощак, проведение глюкозотолерантного теста.

Инструментальные исследования.

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет выявить только выраженную кальцификацию в проекции ПЖ.

Характерными ***ультразвуковыми признаками*** ХП являются повышение эхогенности паренхимы, неоднородность структуры за счет множественных гиперэхогенных тяжей, наличие кальцинатов паренхимы и конкрементов в протоках ПЖ, диаметр ПП более 2 мм, постнекротические кисты.

Компьютерная томография нативная фаза необходима для выявления конкрементов ПЖ; артериальная – с целью визуализации ложных аневризм бассейна селезеночной, гастродуоденальной артерии; венозная – с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями ПЖ,

отсроченная – для определения степени фиброзных изменений паренхимы ПЖ.

Эндоскопическая ультрасонография является наиболее чувствительным методом для выявления ХП на ранней стадии. ЭСПБЗ – минимально инвазивный метод визуализации, использующийся и с лечебной целью, а ЭСПБЗ с тонкоигольной пункционной биопсией позволяет выполнить дифференциальную диагностику между воспалительным и злокачественным образованием. Признаками будут гиперэхогенные очаги с тенью, дольчатость по типу «пчелиных сот», дольчатость без признака «пчелиных сот», гиперэхогенные очаги без тени, гиперэхогенные тяжи, кисты, наличие конкрементов, расширение боковых ветвей, неравномерность главного протока, гиперэхогенность стенок протока.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография является наиболее информативной в дифференциальной диагностике причин билиарной и панкреатической гипертензии и рекомендуется пациентам с ХП с целью уточнения изменений в протоковой системе.

ЭРХПГ – инвазивная процедура с высоким риском серьезных осложнений, позволяет детально оценить состояние протока ПЖ и его ветвей (нерегулярное расширение протоков – «цепь озер»), псевдокисты, достоверно установить диагноз ХП. Она может быть наиболее ценной при отсутствии ЭСПБЗ или сомнительных результатах МРХПГ.

Лечение.

Диетотерапия **–** полный отказ от употребления алкоголя и курения, дробный прием пищи: небольшими порциями 5-6 раз в сутки в зависимости от тяжести заболевания.

Консервативное лечение.

Пациентам с интенсивным болевым синдромом при ХП рекомендуется периодическое или курсовое назначение анальгетиков, или нестероидных противовоспалительных препаратов. При неэффективности следует отдавать предпочтение трамадолу.

Для уменьшения проявлений сопутствующей депрессии, уменьшения выраженности болей и потенцирования эффекта анальгетиков рекомендуется назначение антидепрессантов –неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов.

Для снижения желудочной секреции необходимо применение блокаторов Н2-гистаминовых рецепторов или ингибиторов протонного насоса.

Большинству пациентов с панкреатогенным СД и неэффективностью соответствующей диеты требуется назначение инсулинов.

Хирургическое лечение.

Показания:

- стойкий болевой синдром (риск развития зависимости)
- протоковая гипертензия ПЖ за счет вирсунголитиаза или стриктур протока ПЖ
- симптоматические постнекротические кисты ПЖ
- механическая желтуха, обусловленная компрессией холедоха
- портальная гипертензия за счет сдавления воротной вены или тромбоза селезеночной вены
- стойкое нарушение пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке
- ложная аневризма бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии
- панкреатические свищи, требующие хирургического лечения
- отсутствие возможности исключить рак ПЖ.

Эндоскопические вмешательства:

- Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия
- Контактная литотрипсия (механическая, лазерная или электрогидравлическая)
- Эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока (ЭСГПП)
- Эндоскопическое стентирование желчных протоков

Большие операции:

- Продольная панкреатоеюностомия (Puestow-b) в модификации Partington–Rochelle
- Резекция головки ПЖ с продольным панкреатоеюноанастомозом (операция Фрея)
- Бернский вариант резекции головки ПЖ
- Субтотальная резекция головки ПЖ по Бегеру
- Панкреатодуоденальная резекция
- Дистальная резекция ПЖ

К послеоперационным осложнениям относятся: послеоперационный панкреатит, панкреатический свищ, кровотечения после резекционных операций.

Рекомендованная литература

Обязательная

Факультетская хирургия в 2 ч.: учебник для вузов / Н. Ю. Котаненко [и др.]; под редакцией Н. Ю. Котаненко. — Москва: Издательство Райт, 2020.

Дополнительная

Кригер А.Г. Хирургическая панкреатология. – М.: РИА «Внешторгиздат», 2021. – 332 с.

Клинические рекомендации: Хронический панкреатит

Ситуационные задачи

Задача № 1

Пациент, 67 лет, 5 лет назад перенес холецистэктомию. Был выписан с диагнозом желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита, хронического панкреатита. После операции его беспокоили умеренные боли в эпигастрии и периодическое расстройство стула.

Злоупотребляет алкоголем. При поступлении отмечается механическая желтуха. При УЗИ гепатопанкреатобилиарной системы найдены признаки хронического панкреатита (увеличение поджелудочной железы в области головки). При ЭРХПГ – дистальная часть холедоха сужена на протяжении 2,5 см. Сброс контрастного вещества в 12-перстную кишку резко затруднен. Холедох расширен до 2 см.

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

Задача № 2

Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения.

Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита.

Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10·15 см, плотноэластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет.

С какой патологией встретился хирург и каковы должны быть его дальнейшие действия?

Задача № 3

Пациент, 48 лет, поступил в отделение с жалобами на тупые, почти постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правое плечо и лопатку, в левое подреберье. Боли усиливаются при приеме жирной пищи. Отмечает слабость. За 2 месяца потерял 4 кг массы. У пациента часто повторяются поносы, обильный зловонный стул. Болен в течение 3 лет.

Злоупотреблял алкоголем. 4 месяца назад у него появилась желтуха, которая постоянно нарастает. Живот мягкий. Печень увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. В общем клиническом анализе крови лейкоцитов $9{,}2 \cdot 10^9$/л, СОЭ 36 мм/ч, гемоглобин 100 г/л.

С какой патологией встретился хирург и каковы должны быть его дальнейшие действия?

Задача № 4

Больной 42 лет, кладовщик склада алкогольной продукции, предъявляет жалобы на резкие опоясывающие боли в эпигастральной области, возникающие после любой еды, особенно после жирной и острой пищи; боли стихают при голодании, при приеме атропина, омепразола и анальгина. Беспокоит тошнота, рвота на высоте болей, не приносящая облегчения. После еды — сильное вздутие, урчание. Стул 3-4 раза в день, обильный, блестящий, с резким запахом прогорклого масла и гнилого мяса.

Злоупотребляет алкоголем. Три года назад после обильного употребления алкоголя и жирной пищи возникли жгучие опоясывающие боли, рвота, повысилась температура до 42°, пожелтел. Лечился в хирургическом стационаре: голод в течение 4 дней, вливанием контрикала, 6-фторурацила, гемодеза, получал антибиотики. Выписался через 2 недели, жалоб не было в течение 4 месяцев. После алкогольного эксцесса вновь возникли боли опоясывающего характера; желтухи и лихорадки не было. Лечился амбулаторно, голодал 4 дня, получал атропин, омепразол, альмагель, креон, антибиотики. После выхода на работу вновь начал употреблять алкоголь. Боли возникали еще трижды после обильной выпивки и обильной еды. Лечился амбулаторно. В течение года после имплантации «эсперале» не пил. Чувствовал себя хорошо, боли не возникали.

Последнее обострение началось неделю назад. Накануне выпил около литра водки, съел много жирной ветчины и соленых огурцов. Ночью

начались нестерпимые боли, рвота. Вызванная бригада скорой медицинской помощи осуществила сифонное промывание желудка, сделав инъекции атропина, анальгина, реланиума. От предложенной госпитализации отказался. В течение трех дней голодал, получал перорально атропин и соду. В связи с ухудшением состояния поступил в стационар.

Ваш диагноз? В чем состоит лечебная тактика?

Задача № 5

Больной Ф., 45 года, поступил с жалобами на тупые боли в эпигастрии, левом подреберье, схваткообразные боли в околопупочной области, увеличение объема и частоты стула, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей, отсутствие аппетита. Из анамнеза заболевания известно, что данное ухудшение состояния возникло несколько дней назад после очередного приема алкоголя и жирной пищи. Впервые подобные жалобы возникли 3 года назад на фоне злоупотребления крепкими спиртными напитками и нарушений диеты. К врачам не обращался. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: определяется неровность контуров протоков, их извилистость, участки стеноза и дилатаций («четкообразный» проток). Выявлен конкремент в главном панкреатическом протоке. Терминальный отдел главного панкреатического протока контрастирован до уровня внутрипротокового конкремента. Заключение: выявленные признаки обструкции главного панкреатического протока.

О каком заболевании можно думать и чем можно объяснить его развитие? Какова тактика лечения больного?

Задача № 6

Больной Н., 56 лет, поступил в отделение с жалобами на периодические «опоясывающие» боли в верхней части живота, усиливающиеся вскоре после еды и в положении лежа на спине, неоднократную рвоту, вздутие и урчание живота, учащенный до 3-5 р/сут

неоформленный стул с выделением обильных каловых масс с жирным блеском, кашицеобразной консистенции, жажды и сухость во рту.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение 5 лет страдает хроническим холециститом. Раннее 2-3 раза в год возникали приступообразные тупые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, которые снимались приемом спазмолитиков. Часто обострения провоцировались приемом пищи, содержащей желчегонные компоненты (жиры, икра, яичный желток и т. д.). Обращался к терапевту и хирургу, было предложено хирургическое лечение, от которого больной отказался. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный учащенный неоформленный стул, похудел на 4 кг, появились жажда и сухость во рту, стал пить больше жидкости, участилось мочеиспускание. За 2 дня до поступления на фоне нарушения диеты (прием жирной, жареной пищи) у больного появились вышеуказанные жалобы.

Ваш диагноз? В чем состоит диагностическая тактика?

Задача № 7

Пациент, 58 лет, в течении последних 5 лет страдает от приступов желчнокаменной болезни. Был выписан с диагнозом желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита, хронического панкреатита. Злоупотребляет алкоголем. При поступлении отмечается механическая желтуха. При УЗИ гепатопанкреатобилиарной системы найдены признаки хронического панкреатита (увеличение поджелудочной железы в области головки). При ЭРХПГ – дистальная часть холедоха сужена на протяжении 2,5 см. Сброс контрастного вещества в 12-перстную кишку резко затруднен. Холедох расширен до 2 см.

Какой вид и объем лечения необходимо применить у пациента?

Задача № 8

У пациентки, 49 лет, страдающей хроническим рецидивирующим панкреатитом, в ходе комплексного лабораторно-инструментального обследования обнаружены значительные атрофически-склеротические изменения в области поджелудочной железы. Проток железы в области ее тела и головки проходим.

Какую операцию следует выполнить?

Задача № 9

Пациент, 44 лет, на протяжении последних 4 лет страдал болями в эпигастральной области. В течение последних 3 месяцев возникла желтуха. Пациент оперирован с подозрением на наличие опухоли головки поджелудочной железы. На операции опухоль не обнаружена. Выставлен диагноз псевдотуморозного панкреатита.

Какие приемы необходимо применить для интраоперационной диагностики в таких случаях? В чем будет заключаться операция?

Задача № 10

Пациентка поступила с жалобами на боли в эпигастрии. 3 года назад оперирована, по поводу желчнокаменной болезни. На операции выявлен хронический панкреатит. Поступила для до обследования в связи с рецидивом болей.

Какую причину ПХЭС можно заподозрить у пациентки и какие дополнительные методы обследования необходимо применить?

ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Язва желудка или язва ДПК с кровотечением – острое хирургическое заболевание, возникающее в результате продолжающихся деструктивных процессов в язвенном кратере, приводящих к аррозии сосудов, расположенных в стенке желудка или ДПК, а при пенетрации язвы – за пределами органов, с развитием кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта.

В зависимости от локализации выделяют язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов; дна, тела и антрального отдела желудка, расположенные по передней и задней стенкам, малой и большой кривизне; язвы привратника/зоны пилоропластики); язвы двенадцатиперстной кишки (передняя и задняя стенка луковицы, малая и большая кривизна луковицы, циркулярные и полуциркулярные язвы луковицы; залуковичные язвы); сочетанные язвы желудка и ДПК.

Клинические проявления.

- общие признаки кровопотери (слабость, головокружение, потеря сознания, холодный липкий пот, снижение артериального давления, тахикардия)
- симптомы, обусловленные попаданием крови в просвет желудочно-кишечного тракта.

Для ЯГДК характерно его возникновение на фоне обострения язвенной болезни с присущим ей болевым синдромом. ***Как правило, больные отмечают внезапное исчезновение болей в момент развития кровотечения***.

Рвота малоизменённой кровью со сгустками или содержимым типа «кофейной гущи» (гематемезис) более характерна для кровотечения из язвы желудка, чёрный дёгтеобразный стул (мелена) — для кровотечения из язвы ДПК.

«Истинная» **мелена** (дегтеобразный, т.е. черный и жидкий стул) у взрослого человека возникает при кровопотере объемом около 500 мл. Быстрая и массивная кровопотеря в просвет кишки может проявиться **гематохезией** – выделением через задний проход крови со сгустками.

Физикальное обследование.

Спутанное сознание, резкая бледность кожных покровов и конъюнктивы, частый пульс слабого наполнения и напряжения, снижение артериального и пульсового давления.

При ректальном исследовании – чёрного жидкого, либо с примесью крови содержимого служат признаками острого массивного кровотечения.

Лабораторные диагностические исследования:

- определение основных групп крови по системе АВ0, определение антигена D системы Резус (резус-фактор);
- общий клинический анализ крови;
- исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня хлоридов в крови, исследование кислотно-основного состояния газов крови, исследование уровня осмолярности (осмоляльности) крови;
- исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, определение протромбинового (тромбоплатинового) времени в крови или в плазме,
- определение международного нормализованного отношения, исследование уровня фибриногена в крови;
- исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови).

Инструментальные диагностические исследования.

Экстренное эндоскопическое исследование – эзофагогастродуоденоскопия. Рекомендуется выполнить множественную щипцовую биопсию желудка с помощью эндоскопии с последующим исследованием материала.

Лечение.

Всем пациентам с клиникой кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта необходимо парентеральное введение **ингибиторов протонной помпы** на догоспитальном этапе и/или при поступлении в стационар.

Требуется начинать **восполнение ОЦК** с введения сбалансированных солевых растворов, надо достичь целевых показателей адекватности перфузии после осуществления «хирургического» гемостаза.

При продолжающемся кровотечении из язвы рекомендуется выполнить **гемостаз через эндоскоп**.

Пациентам при неоднократно рецидивирующих ЯГДК, резистентных к эндоскопическому и медикаментозному гемостазу, рекомендуется **эндоваскулярная эмболизация** артерий желудка и двенадцатиперстной кишки, как альтернатива хирургическому лечению.

Пациентам с продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза, а также при сочетании кровотечения и перфорации язвы, рекомендуется экстренная операция в объеме **гастро(-дуодено)томии с прошиванием кровоточащего сосуда** в язве.

Рекомендованная литература

Обязательная

Факультетская хирургия в 2 ч. Часть 2: учебник для вузов / Н. Ю. Котаненко [и др.]; под редакцией Н. Ю. Котаненко. — Москва: Издательство Райт, 2020.

Дополнительная

Клинические рекомендации: гастродуоденальные кровотечения

Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД – 90/60 мм рт. ст.

Анализ крови: эр. – $4{,}1 \cdot 10^{12}$/л, НЬ – 140 г/л.

При пальцевом исследовании кал нормального цвета.

Вопросы:

1) Какое осложнение развилось у больного?

2) С чем связано исчезновение болей?

3) Как объяснить нормальные показатели анализа крови?

4) Как подтвердить диагноз?

Задача № 2

Больной страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должен был лечь в клинику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту и был черный, как деготь, стул — такого состояния раньше никогда не было. Больного всегда мучили боли, а на сей раз они перестали беспокоить.

При осмотре: некоторая бледность кожных покровов, пульс 96 уд, в 1 мин, наполнение снижено, АД 100/60 мм.рт.ст. (обычное давление больного 140/80 мм.рт.ст.), некоторое учащение дыхания. Язык суховат, обложен

белым налетом, живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

С каким осложнением встретился хирург и каковы должны быть его дальнейшие действия?

Задача № 3

Пациент К. 58 лет поступил в приемное отделение с жалобами на слабость, головокружение, сердцебиение, рвоту типа "кофейной гущи", черный жидкий стул. Считает себя больным в течение недели, когда появились боли в эпигастрии, изжога, интенсивность которых нарастала. К утру текущего дня, после рвоты, боль уменьшилась, но появился черный жидкий стул. Пациент страдает язвенной болезнью ДПК в течение 7 лет. Наследственность не отягощена.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 100/65 мм рт ст, пульс 110/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При пальцевом исследовании прямой кишки – на перчатке жидкий кал, дегтеобразного цвета. В клиническом анализе крови – Hb – 85 г/л, Ht – 32%, эритроциты – $2{,}5 \cdot 10^{12}$/л.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 4

У пациента 50 лет, длительно страдавшего язвенной болезнью 12-перстной кишки, в течение последнего месяца усилились боли в правом подреберье. За два часа до поступления в дежурную больницу во время выполнения тяжелой физической работы он внезапно почувствовал нарастающую слабость и головокружение. На этом фоне пациент на

несколько минут потерял сознание. Больной бледен. Покрыт холодным липким потом. Пульс 100 уд. в мин, АД 90/60 мм. рт. ст.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 5

У больного 40 лет, более 10 лет страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, в течение 2 недель отмечались боли в эпигастральной области, возникающие через 1-1,5 часа после приема пиши. Лечился самостоятельно – принимал альмагель перед едой.

Последние 2 дня боли стали менее интенсивными, но появились слабость и головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Тошноты, рвоты не было. Стул был накануне, кал – обычной окраски.

При осмотре. Кожные покровы бледные. Пульс 96 ударов в 1 минуту. АД 90 – 60 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. При пальпации в эпигастральной области определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет.

Анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, гематокрит – 38%, эритроциты – $3{,}2 \cdot 10^{12}$/л, цветной показатель – 0,8.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача № 6

Пациентка 76 лет госпитализирована в отделение хирургии с жалобами на периодические боли в животе опоясывающего характера, наличие пульсирующего болезненного образования в эпигастрии. На фоне проводимой предоперационной подготовки у больной возникли жалобы на резкую слабость, обильную рвоту неизмененной кровью со сгустками объемом до 3 литров.

Ваш диагноз?

Задача № 7

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр $3,5 \cdot 10^{12}$/л, Нв – 100 г/л.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

Задача № 8

В приемный покой доставлен больной с жалобами на рвоту с кровью, слабость, холодный пот. Шесть месяцев назад больной перенес резекцию 2/3 желудка по Б – II по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Через два месяца после операции в связи с болями в эпигастральной области, особенно по ночам, изжогами был обследован, диагностирована пептическая язва гастроэнтероанастомоза, в связи с чем была выполнена наддиафрагмальная трансторакальная стволовая ваготомия.

Объективно: больной бледен, пульс – 110 уд. /мин, АД – 90/60 мм рт.ст. Hb – 90 г/л.

Ваш диагноз? Ваши действия?

Задача № 9

В реанимационное отделение поступил больной 60 лет после эндоскопического гемостаза инъекционным способом кровотечения из медиогастральная язвы диаметром 2 см. Состояние расценено как тяжелое

из-за массивной кровопотери. Пульс – 120 уд. /мин, АД – 90/60 мм рт.ст., Hb – 70 г/л.

Начато консервативное лечение, однако, через 7 часов хирург вновь был приглашен в реанимацию в связи с развившимся у больного коллапсом.

Какова причина коллапса? Какой объем помощи необходимо оказать больному?

Задача № 10

При обследовании больного с желудочным кровотечением установлено, что его причиной является распадающийся рак выходного отдела желудка. В левой надключичной области определяется плотный, увеличенный лимфатический узел ("вирховская железа"). Несмотря на проведение активных консервативных мероприятий, кровотечение продолжается.

Какую тактику должен избрать хирург?

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Задача № 1. Острый аппендицит. Аппендикулярный инфильтрат. Необходимо дифференцировать с манифестацией опухоли толстой кишки. Необходима консервативная терапия до разрешения и плановая аппендэктомия. В случае перехода в абсцесс – дренирование.

Задача № 2. Острый флегмонозный аппендицит. Требуется аппендэктомия с погружением культи червеобразного отростка кисетными швами.

Задача № 3. Острый аппендицит. Поддиафрагмальный абсцесс. Наиболее информативным методом обследования будет компьютерная томография. Возможно дренирование абсцесса под УЗИ-контролем, при невозможности или неэффективности – вскрытие абсцесса внеплевральным или внебрюшинным доступом.

Задача № 4. Острый аппендицит. Ретроцекальное расположение отростка. Оптимальным методом можно считать ультразвуковое исследование.

Задача № 5. Острый аппендицит. Абсцесс дугласова пространства. Консервативная терапия: антибактериальная и физиотерапия. После размягчения образования необходимо выполнить вскрытие абсцесса через прямую кишку.

Задача № 6. Острый аппендицит. Аппендикулярный абсцесс. Необходимо вскрытие и дренирование полости абсцесса.

Задача № 7. Острый аппендицит. Абсцесс дугласова пространства. Необходимо выполнить вскрытие абсцесса через прямую кишку.

Задача № 8. Острый аппендицит. Ретроперитонеальное расположение отростка. Наиболее вероятно потребуется ретроградная аппендэктомия.

Задача № 9. Острый аппендицит. Острый аппендицит. Поддиафрагмальный абсцесс. Наиболее информативным методом

обследования будет компьютерная томография. Возможно дренирование абсцесса под УЗИ-контролем, при невозможности или неэффективности – вскрытие абсцесса внеплевральным или внебрюшинным доступом.

Задача № 10. Острый аппендицит. Аппендикулярный инфильтрат. Необходима консервативная терапия до разрешения и плановая аппендэктомия. В случае перехода в абсцесс – дренирование.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Задача № 1. Желчнокаменная болезнь. Флегмонозный холецистит. Механическая желтуха. Закупорка камнем устья холедоха. Тактика: лапароскопическая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография для исключения резидуальных камней общего желчного протока.

Задача № 2. Желчнокаменная болезнь. Водянка желчного пузыря. Лапароскопическая холецистэктомия в плановом порядке.

Задача № 3. Желчнокаменная болезнь. Флегмонозный холецистит. Экстренная холецистэктомия.

Задача № 4. Желчнокаменная болезнь. Флегмонозный холецистит. Местный перитонит. Экстренная холецистэктомия.

Задача № 5. Желчнокаменная болезнь. Флегмонозный (гангренозный?) холецистит. Необходимо наложение чрескожной чреспеченочной холецистостомы в экстренном порядке, с последующей (через 6 недель) холецистэктомией.

Задача № 6. Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит. При наличии технической возможности: закончить операцию дренированием желчных путей через культю пузырного протока и выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомию. При отсутствии технической возможности выполнения эндоскопического вмешательства, во время операции выполнить трансдуоденальную папиллосфинктеротомию.

Задача № 7. Холангиокарцинома с поражением общего желчного, общебго печеночного и пузырного протоков. Механическая желтуха. При отсутствии онкологических противопоказаний – резекция пораженного участка с наложением гепатикоеюноанастомоза, при противопоказаниях – чрескожное дренирование внутрипеченочных протоков.

Задача № 8. Желчнокаменная болезнь. Механическая желтуха. Необходимо ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Тактика: лапароскопическая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография для исключения резидуальных камней общего желчного протока.

Задача № 9. Рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха. При возможности выполнения радикальной операции – панкреатодуоденальная резекция, при невозможности – паллиативный холецистоеюноанастомоз.

Задача № 10. Желчнокаменная болезнь. Гангренозный холецистит. Холедохолитиаз. Вклиненный камень устья холедоха. Механическая желтуха. Требуется эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическое удаление камней общего желчного протока.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Задача № 1. Деструктивный панкреатит (панкреонекроз). Абсцесс сальниковой сумки. При наличии технической возможности – выполнить дренирование под контролем УЗИ, при отсутствии – лапаротомия, вскрытие и дренирование абсцесса сальниковой сумки.

Задача № 2. Деструктивный панкреатит (панкреонекроз). Компьютерная томография органов брюшной полости. Госпитализация отделение реанимации.

Задача № 3. Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Вторичный панкреатит. Операция – лапароскопическая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Задача № 4. Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз. Травматический панкреатит. Инфузионная и обезболивающая терапия, голод и применение блокаторов желудочной секреции.

Задача № 5. Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз. Вторичный панкреатит. Операция – лапароскопическая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Инфузионная и обезболивающая терапия, голод и применение блокаторов желудочной секреции.

Задача № 6. Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз. Вторичный панкреатит. Местный перитонит. Операция – лапароскопическая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Инфузионная и обезболивающая терапия, голод и применение блокаторов желудочной секреции.

Задача № 7. Инфицированный панкреонекроз. Гнойный парапанкреатит. Гнойный перитонит. Паралитическая кишечная непроходимость. После предоперационной подготовки необходима экстренная лапаротомия, Некрсеквестрэктомия, санация и дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства и брюшной полости.

Задача № 8. Деструктивный панкреатит (панкреонекроз). Ультразвуковое исследование органов брюшной полсти. Инфузионная и обезболивающая терапия, голод и применение блокаторов желудочной секреции.

Задача № 9. Закрытая травма живота. Разрыв поджелудочной железы. Подтвердить диагноз можно при компьютерной томографии органов брюшной полости. В зависимости от локализации травмы возможно наложение первичного панкреатоеюноанастомоза, иссечение размозжённой части железы, панкреатодуоденальная резекция.

Задача № 10. Деструктивный панкреатит (панкреонекроз). Деструктивный панкреатит (панкреонекроз). Абсцесс сальниковой сумки. При наличии технической возможности – выполнить дренирование под контролем УЗИ, при отсутствии – лапаротомия, вскрытие и дренирование абсцесса сальниковой сумки.

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА

Задача № 1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Прободение язвы. При перкуссии живота будет отмечаться исчезновение печеночной тупости. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости будет отмечаться полоска воздуха над печенью – пневмоперитонеум.

Задача № 2. Язвенная болезнь желудка. Пептическая язва гастроэнтероанастомоза

Задача № 3. Острый аппендицит. Разлитой гнойный перитонит. Для уточнения диагноза необходимо выполнение лапароскопии. Больному показана экстренная операция – устранение источника инфицирования, санация и дренирование брюшной полости.

Задача № 4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Прободение язвы. Экстренная лапароскопия (лапаротомия) с ушиванием язвы.

Задача № 5. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Прикрытое прободение язвы. Экстренная лапароскопия (лапаротомия) с ушиванием язвы.

Задача № 6. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Прободение язвы. Экстренная лапароскопия (лапаротомия) с ушиванием язвы.

Задача № 7. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Прободение язвы. Экстренная лапароскопия (лапаротомия) с ушиванием язвы.

Задача № 8. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Прободение язвы. Разлитой перитонит. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение. Экстренная лапароскопия (лапаротомия) с ушиванием язвы и дренированием брюшной полости.

Задача № 9. Язвенная болезнь желудка. Прободение язвы. Разлитой перитонит. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение. Экстренная лапароскопия (лапаротомия) с ушиванием язвы и дренированием брюшной полости.

Задача № 10. Язвенная болезнь желудка. Прободение язвы. Разлитой перитонит. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение. Экстренная лапароскопия (лапаротомия) с ушиванием язвы и дренированием брюшной полости.

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИТОНИТ

Задача № 1. Острый аппендицит. Разлитой гнойный перитонит. Токсическая фаза. Предоперационная подготовка – инфузионная и антибактериальная терапия. Операция – серединная лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости.

Задача № 2. Инфицированный панкреонекроз. Гнойный парапанкреатит. Гнойный перитонит. Паралитическая кишечная непроходимость. После предоперационной подготовки необходима экстренная лапаротомия, некрсекрвестрэктомия, санация и дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства и брюшной полости. Назогастроеюнальная интубация.

Задача № 3. Острый аппендицит. Разлитой гнойный перитонит. Токсическая фаза. Операция – серединная лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости.

Задача № 4. Желчнокаменная болезнь. Флегмонозный холецистит. Местный перитонит. Лапароскопическая холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости.

Задача № 5. Атеросклероз. Расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты. Показана экстренная операция – эндоваскулярное протезирование аорты.

Задача № 6. Деструктивный панкреатит. Ферментативный перитонит. Лапароскопическое вмешательство выполняется с целью диагностики (определение бляшек стеатонекроза и высокого содержания амилазы ы выпоте) и лечения (эвакуации ферментативного выпота)

Задача № 7. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Прободение язвы. Разлитой перитонит. Ошибке способствовало стекание агрессивного желудочного содержимого по правому каналу брюшной полости. Необходимо зашить разрез по Волковичу-Дьяконову, выполнить верхне-средне срединную лапаротомию, ушивание язвы, санацию и дренирование брюшной полости.

Задача № 8. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Прободение язвы. Разлитой перитонит. Необходимо выполнить верхне-средне срединную лапаротомию, ушивание язвы, санацию и дренирование брюшной полости.

Задача № 9. Язвенная болезнь желудка. Несостоятельность гастроэнтероанастомоза. Необходима срочная релапаротомия. Ревизия и повторное наложение анастомоза, санация и дренирование брюшной полости.

Задача № 10. Острый аппендицит? Прободение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки? Вторичный разлитой гнойный перитонит. Терминальная фаза. Необходима экстренная инфузионная и антибактериальная терапия. Операция – серединная лапаротомия, выявление и устранение источника инфекции, санация и дренирование брюшной полости. Назогастроеюнальная интубация.

ГРЫЖИ ЖИВОТА

Задача № 1. Паховая грыжа слева. Рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

Задача № 2. У пациента случилось ретроградное (W-образное) ущемление. При нем в грыжевом мешке находятся парное число кишечных петель, при котором кольцо грыжевых ворот сдавливает не только брыжейки петель кишки, попавших в грыжевой мешок, но и брыжейку свободной петли, что приводит к наибольшему патологическому изменению стенки этой кишечной петли. Хирург не произвёл необходимую ревизию петлей тонкой кишки.

Задача № 3. Экстренная операция – грыжесечение, определение жизнеспособности петли тонкой кишки, при необходимости – резекция тонкой кишки.

Задача № 4. Паховая грыжа справа. Каловое ущемление грыжи. Кишечная непроходимость. Флегмона грыжевого мешка. Операция лапаротомия, резекция тонкой кишки. Вскрытие и удаление содержимого грыжевого мешка. Назогастроеюнальная интубация.

Задача № 5. Пахово-мошоночная грыжа справа. Ущемление грыжи. Рекомендуется продолжить операцию. Выполнить лапаротомию (лапароскопию) с целью исключения «мнимого вправления» грыжи и последующего некроза. Выполнить пластику грыжи по Лихтенштейну.

Задача № 6. Паховая грыжа слева. Эластическое ущемление грыжи. Кишечная непроходимость. Флегмона грыжевого мешка. Гнойный перитонит. Операция лапаротомия, резекция тонкой кишки. Санация и дренирование брюшной полости. Вскрытие и удаление содержимого грыжевого мешка. Назогастроеюнальная интубация.

Задача № 7. Послеоперационная вентральная грыжа. Рекомендуется оперативное вмешательство – пластика сетчатым имплантом в плановом порядке.

Задача № 8. Грыжа белой линии живота. Для уточнения диагноза возможно выполнение ультразвукового исследования. Операция в плановом порядке с использованием сетчатого импланта.

Задача № 9. Невправимая паховая грыжа справа. Ущемление грыжи. Необходимо выполнить лапаротомию (лапароскопию) с целью исключения «мнимого вправления» грыжи и последующего некроза. Выполнить пластику грыжи по Лихтенштейну.

Задача № 10. Паховая грыжа справа. Эластическое ущемление грыжи. Кишечная непроходимость. Требуется госпитализация в хирургический стационар. Экстренное оперативное вмешательство: рассечение грыжевого кольца, определение жизнеспособности петель тонкой кишки, при необходимости их резекция.

РАК ЖЕЛУДКА

Задача № 1. Рак желудка. Фиброгастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой желудка. Компьютерная томография органов грудной и брюшной полости для исключения отдаленных метастазов. Лапароскопия для исключения карциноматоза брюшины.

Задача № 2. Рак желудка. Клинический анализ крови, СОЭ. Фиброгастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой желудка. Компьютерная томография органов грудной и брюшной полости для исключения отдаленных метастазов. Лапароскопия для исключения карциноматоза брюшины.

Задача № 3. Рак желудка. Компьютерная томография органов грудной и брюшной полости для исключения отдаленных метастазов. Лапароскопия для исключения карциноматоза брюшины. Операция в объеме гастрэктомии с лимфодиссекцией и контролем радикальности.

Задача № 4. Рак желудка. Тотальная гастрэктомия с лимфодиссекцией и контролем радикальности. Адъювантная химиотерапия.

Задача № 5. Рак желудка. Тотальная гастрэктомия с лимфодиссекцией и контролем радикальности. Неоадъювантная и Адъювантная химиотерапия.

Задача № 6. Рак желудка. Неоадъювантная и Адъювантная химиотерапия. Панкреатодуоденальная резекция. Радиочастотная абляция метастаза в печени.

Задача № 7. Рак желудка. Фиброгастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой желудка. Компьютерная томография органов грудной и брюшной полости для исключения отдаленных метастазов. Лапароскопия для исключения карциноматоза брюшины. Операция – субтотальная проксимальная гастрэктомия с лимфодиссекцией и контролем радикальности.

Задача № 8. Рак желудка. Лапароскопия для подтверждения карциноматоза брюшины. Химиотерапия.

Задача № 9. Рак желудка. Пункция лимфатических узлов для подтверждения диагноза. Химиотерапия.

Задача № 10. Рак желудка. Неоадъювантная химиотерапия. При адекватном ответе – возможно выполнение субтотальной дистальной гастрэктомии с лимфодиссекцией и контролем радикальности.

РАК ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Задача № 1. Рак прямой кишки. Необходимо дифференцировать с язвенным колитом. Операция – передняя резекция прямой кишки.

Задача № 2. Рак прямой кишки. Необходимо дифференцировать с язвенным колитом. Операция – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

Задача № 3. Рак сигмовидной кишки. Необходимо дифференцировать с язвенным колитом. Операция – левосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией.

Задача № 4. Рак восходящего отдела толстой кишки. Необходимо дифференцировать с язвенным колитом. Операция – правосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией, радиочастотная абляция метастаза в печени.

Задача № 5. Рак нисходящего отдела толстой кишки. Необходимо дифференцировать с язвенным колитом. Операция – левосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией.

Задача № 6. Рак нисходящего отдела толстой кишки. Необходимо дифференцировать с язвенным колитом. Операция – левосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией, радиочастотная абляция метастаза в печени.

Задача № 7. Рак восходящего отдела толстой кишки. Необходимо дифференцировать с язвенным колитом. Операция – правосторонняя гемиколэктомия.

Задача № 8. Рак восходящего отдела толстой кишки. Требуется Неоадъювантная химиотерапия. При адекватном ответе – правосторонняя гемиколэктомия

Задача № 9. Без уточнения высоты поражения ответить на этот вопрос невозможно. Объём может варьироваться от брюшно-промежностной экстирпации до высокой передней резекции прямой кишки.

Задача № 10. Рак прямой кишки. Операция – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Задача № 1. Хронический панкреатит. Рак головки поджелудочной железы? В первом случае рекомендуется бернский вариант резекции головки поджелудочной железы, во втором – панкреатодуоденальная резекция.

Задача № 2. Хронический панкреатит. Киста поджелудочной железы. Рекомендуется операция цистоеюноанастомоза.

Задача № 3. Хронический панкреатит. Рак головки поджелудочной железы? В первом случае рекомендуется бернский вариант резекции головки поджелудочной железы, во втором – панкреатодуоденальная резекция. Как первый этап или паллиативное вмешательство возможно стентирование общего желчного протока.

Задача № 4. Хронический панкреатит. Рекомендуется инфузионная и обезболивающая терапия, голод и применение блокаторов желудочной секреции.

Задача № 5. Хронический панкреатит. Панкреатолитиаз. Операция – эндоскопическая ударно-волновая или лазерная литотрипсия.

Задача № 6. Хронический панкреатит. Сахарный диабет I типа. Рекомендован подбор инъекционного инсулина и плановое оперативное лечение в объёме операции Фрея.

Задача № 7. Хронический панкреатит. Рекомендуется стентирование общего желчного протока.

Задача № 8. Хронический панкреатит. Рекомендован плановое оперативное лечение в объёме операции Фрея.

Задача № 9. Пункционная биопсия со срочным патогистологическим исследованием.

Задача № 10. Хронический панкреатит. Операция – бернский вариант резекции головки поджелудочной железы

ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Задача № 1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнившаяся кровотечением. Исчезновение боли связано с ощелачиванием желудочного содержимого. Нормальные показатели крови связаны с тем, что ещё не развилась фаза гемодилюции. Диагноз нужно подтвердить при фиброгастродуоденоскопии.

Задача № 2. Язвенная болезнь желудка, осложнившаяся кровотечением. Срочная госпитализация. Срочная гастродуоденоскопия при

необходимости с эндоскопическим гемостазом. Применение блокаторов ионной помпы.

Задача № 3. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнившаяся кровотечением. Срочная гастродуоденоскопия при необходимости с эндоскопическим гемостазом. Применение блокаторов ионной помпы.

Задача № 4. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнившаяся кровотечением. Срочная госпитализация. Срочная гастродуоденоскопия при необходимости с эндоскопическим гемостазом. Применение блокаторов ионной помпы.

Задача № 5. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнившаяся кровотечением. Срочная госпитализация. Срочная гастродуоденоскопия при необходимости с эндоскопическим гемостазом. Применение блокаторов ионной помпы.

Задача № 6. Аневризма брюшного отдела аорты с перфораций в желудок.

Задача № 7. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнившаяся кровотечением. Срочная госпитализация. Срочная гастродуоденоскопия при необходимости с эндоскопическим гемостазом. Применение блокаторов ионной помпы.

Задача № 8. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, пептическая язва гастроэнтероанастомоза, осложнившаяся кровотечением. Срочная госпитализация. Срочная гастродуоденоскопия при необходимости с эндоскопическим гемостазом. Применение блокаторов ионной помпы.

Задача № 9. Повторное кровотечение. Рекомендуется открытая операция с прошиванием сосуда в язве или резекция желудка.

Задача № 10. Паллиативная резекция желудка.

Учебное издание

Орлюк Мария Анатольевна
Нечаев Олег Игоревич
Чулкова Елена Александровна
Тихомирова Елена Владиславовна
Анпилогов Сергей Владимирович
Орлюк Татьяна Андреевна
Комова Татьяна Дмитриевна

Сборник ситуационных задач по факультетской хирургии

Учебно-методическое пособие

Издательство «Наукоемкие технологии»
ООО «Корпорация «Интел Групп»
https://publishing.intelgr.com
E-mail: publishing@intelgr.com
Тел.: +7 (812) 945-50-63
Интернет-магазин издательства
https://shop.intelgr.com/

Подписано в печать 15.08.2025.
Формат 60×84/16
Объем 7,75 п. л.
Тираж 100 экз.

ISBN 978-5-00271-014-0

