

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ
(ФГБУ ФНКЦ ФМБА России)



АКАДЕМИЯ
ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ФГБУ ФНКЦ ФМБА РОССИИ

Кафедра хирургии

Н.П. Истомин, А.И. Черепанин, В.К. Агапов, К.В. Агапов,
Ю.В. Иванов, Е.А. Величко, М.С. Егоров, Ф.А. Дзугкоева

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

✉ info@medprofedu.ru

🌐 www.medprofedu.ru

📞 (495) 491 90 20

Учебно-методическое пособие для врачей
Под редакцией профессора Истомина Н.П.

Москва – 2019

«ОДОБРЕНО»

Ученым советом

Академии постдипломного
образования
ФГБУ ФНКЦ ФМБА России
Протокол № 2-19

от «24 мая 2019 г.

УДК 617.55-036.11

ББК 54.57

Д 44

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор

Академии постдипломного
образования
ФГБУ ФНКЦ ФМБА России
А.В. Троицкий



2019 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ
(ФГБУ ФНКЦ ФМБА России)

АКАДЕМИЯ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кафедра хирургии

Рецензенты:

Заведующий лабораторией минимально инвазивной хирургии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, доктор мед. наук, профессор, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники **Д.Н. Панченков**.

Заведующий отделением сосудистой хирургии ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, доктор мед. наук, профессор кафедры ангиологии, сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии РМАНПО МЗ РФ **А.В. Чупин**.

Авторский коллектив:

д.м.н., проф. Истомин Н.П., д.м.н., проф. Черепанин А.И., д.м.н., проф. Агапов В.К., д.м.н., проф. Агапов К.В., д.м.н., проф. Иванов Ю.В., к.м.н., доцент Величко Е.А., к.м.н. Егоров М.С., Дзугкоева Ф.А.

В последние десятилетия в экстренной хирургии произошли значительные изменения. В первую очередь, изменились подходы к диагностике неотложных заболеваний органов брюшной полости. Это связано с тем, что начали использоваться новые диагностические методики, а уже существовавшие методики значительно улучшились. Во вторую очередь, претерпели изменения методы лечения, а так же постепенно изменилась хирургическая тактика и предпочтение стали отдавать малоинвазивным методам лечения. Однако, несмотря на значительные успехи в развитии хирургии, результаты лечения больных при экстренной хирургической патологии органов брюшной полости, по-прежнему не всегда удовлетворяют пациентов и хирургов. По мнению авторов это связано с тем, что молодым врачам трудно ориентироваться в огромном количестве новых диагностических и лечебных методик, а врачи с большим трудовым стажем не всегда успевают отслеживать эти изменения. Все эти причины послужили предпосылкой для создания данных рекомендаций. Коллектив авторов считает, что данное пособие будет полезно студентам, интернам и клиническим ординаторам хирургических специальностей, а так же врачам — хирургам, урологам, гинекологам. Если данные рекомендации помогут врачам в нелегкой повседневной работе, то коллектив авторов будет считать свою задачу выполненной.

Н.П. Истомин, А.И. Черепанин, В.К. Агапов, К.В. Агапов,
Ю.В. Иванов, Е.А. Величко, М.С. Егоров, Ф.А. Дзугкоева

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Учебно-методическое пособие для врачей
Под редакцией профессора Истомина Н.П.

Москва — 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	2
Введение	3
Глава 1. Острый аппендицит и его осложнения	4
Глава 2. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	22
Глава 3. Острый панкреатит	33
Глава 4. Ущемленная грыжа	48
Глава 5. Острый холецистит	49
Глава 6. Острая кишечная непроходимость	51
Список литературы	56

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

УЗИ	- ультразвуковое исследование
СКТ	- спиральная компьютерная томография
МРТ	- магнитно-резонансная томография
ДПК	- двенадцатиперстная кишка
ЭГДС	- Эзофагогастроуденоскопия
ОЦК	- объем циркулирующей крови
ГЭК	- Гидроксигидроксилкислота
ОП	- острый панкреатит
ПН	- Панкреонекроз

ВВЕДЕНИЕ

Для обозначения симптомокомплекса, характеризующего наличие острой хирургической патологии органов брюшной полости, нередко используют устаревший термин «острый живот». Сюда относятся заболевания, обусловленные острыми воспалительными процессами, нарушениями проходимости желудочно-кишечного тракта, перфорациями стенок полых органов, острым кровотечением в просвет органов пищеварительного тракта или в брюшную полость. В эту группу также относят открытую и закрытую травмы живота.

Настоящие рекомендации составлены на основании решений IV – X научно-практических конференций хирургов ФМБА России, I-III всероссийской конференции ФМБА России и посвящены семи нозологическим формам заболеваний и их осложнениям: острому аппендициту, ущемленной грыже, острому холециститу, острому панкреатиту, острой кишечной непроходимости, перфоративным язвам желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно – кишечным кровотечениям язвенной этиологии.

В системе организации помощи больным с перечисленными заболеваниями крайне важны все ее этапы: своевременная обращаемость населения за медицинской помощью, ранняя диагностика и профильная госпитализация больных, технически грамотно выполненная операция, а также адекватное лечение в до- и послеоперационном периодах.

Общими правилами на догоспитальном этапе являются:

- диагноз острого хирургического заболевания или подозрения на него – абсолютное показание для госпитализации больного в стационар для наблюдения и, при необходимости, оперативного лечения;
- наблюдение и лечение этой категории больных на дому категорически запрещается;
- применение противовоспалительных и анальгетических препаратов недопустимо;
- особое внимание необходимо уделять беременным женщинам, детям и лицам пожилого и старческого возраста.

Общими правилами на госпитальном этапе являются:

- снятие диагноза острого хирургического заболевания органов брюшной полости в хирургическом стационаре производится не менее,

чем двумя хирургами, при необходимости, с обязательным дообследованием и организацией консилиума соответствующих специалистов;

б) динамическое наблюдение за больным с неясным диагнозом острого аппендицита, ущемленной грыжи, перфорации язвы, острой кишечной непроходимости осуществляется в хирургическом отделении не более 2-х часов. Далее хирург должен предлагать больному оперативное вмешательство (лапароскопию либо лапаротомию, что менее предпочтительно);

в) чем тяжелее состояние больного, тем императивнее необходимость госпитализации его в реанимационное отделение (палату интенсивной терапии), для предоперационной подготовки и лечения;

г) при выполнении экстренных операций обязательно должны участвовать наиболее подготовленные хирурги, в том числе заведующий отделением;

д) оперированные больные должны находиться в отделении анестезиологии и реанимации до нормализации основных показателей гемодинамики и функций жизненно важных органов и систем, при этом состояние больных и проявления полиорганной дисфункции должны оцениваться по специальным шкалам (APACHE II, SOFA, MODS, MMODS, SAPS).

Глава 1.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Острый аппендицит — воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Этиология и патогенез. Не существует единой теории этиологии и патогенеза острого аппендицита.

Классификация

В настоящее время при остром аппендиците используется классификация предложенная Савельевым В.С. (1976). В классификации выделяют следующие формы острого аппендицита:

1. Катаральный;
2. Флегмонозный;

3. Гангренозный;
4. Перфоративный.

Следует отметить, что уже при флегмонозной форме воспаления в стенке червеобразного отростка начинаются деструктивные изменения.

Атипичные формы острого аппендицита:

1. Первично-гангренозный аппендицит. Развивается у лиц пожилого возраста. Причиной развития этой формы является атеросклероз или тромбоз аппендикулярной артерии, что приводит к нарушению кровообращения в стенке отростка (инфаркт). Таким образом, первично-гангренозная форма развивается минуя катаральную и флегмонозную формы острого аппендицита.
2. Эмпиема червеобразного отростка. Чаще всего развивается в результате обтурации устья червеобразного отростка каловым конкрементом. Отросток при этом значительно расширен и представляет собой «мешок с гноем».

Краткие анатомические данные.

В диагностике и лечении острого аппендицита важно учитывать локализацию отростка, т.к. от нее в значительной мере зависит клиническая картина. Основные типы расположения червеобразного отростка по отношению к слепой кише (Колесов В.И., 1959 г.) (рис. 1):

1. Нисходящее положение — самое частое (40–50%). Расположение аппендиекса в малом тазу — тазовое положение.
2. Боковое (латеральное) положение (25%) — отросток расположен по направлению к пупартовой связке.
3. Внутреннее (медиальное) положение (17–20%) — отросток располагается среди петель тонкой кишки.
4. Переднее (центральное) положение, когда отросток лежит впереди слепой кишки на ее передней поверхности.
5. Заднее (ретроцекальное) положение (9–13%). При этом варианте отросток часто располагается ретроперитонеально.

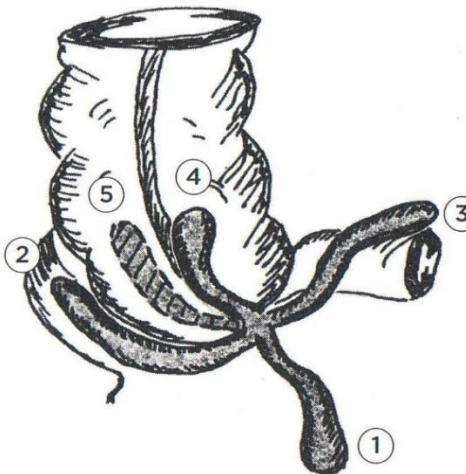


Рис. 1.

Основные типы расположения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке: 1 — нисходящее положение, 2 — боковое положение (латеральное), 3 — внутреннее положение (медиальное), 4 — переднее положение (центральное), 5 — заднее положение (ретроцекальное, в т.ч. ретроперитонеальное).

Анатомическими особенностями аппендицса являются наличие собственной брыжеечки и вариабельность его длины, что приводит к тому, что аппендицит может протекать под «маской» заболеваний тех органов рядом с которыми расположен (рис. 2).

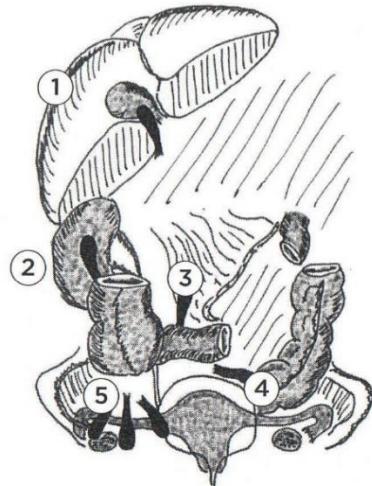


Рис. 2.

Варианты расположения червеобразного отростка. Аппендицс может располагаться рядом с желчным пузырем (1), правой почкой (2), брыжейкой тонкой кишки, подвздошной кишкой (3), сигмовидной кишкой (4), маткой, мочевым пузырем, внутренним паховым кольцом (5).

Клиническая картина. Острый аппендицит имеет определенную клиническую картину, которая развивается в зависимости от воспалительных изменений в стенке червеобразного отростка и брюшной полости.

Острый катаральный аппендицит обычно начинается с болей в животе, которые локализуются в эпигастральной области, через 2–3 часа распространяются по всему животу, а затем локализуются в правой подвздошной области (симптом Кохера–Волковича). Состояние пациента удовлетворительное. Температура тела повышенна до 37,0–37,5 °C. В первые часы от начала заболевания наблюдается тошнота и 2–3 кратная рвота, которая наиболее часто встречается в детском возрасте. Определяется незначительное учащение пульса. Живот не вздут, участвует в дыхании. У большинства больных при перкуссии передней брюшной стенки определяется повышенная болезненность в правой подвздошной области (положительный симптом Раздольского). При глубокой пальпации в этой же области определяется локальная болезненность. При катаральном аппендиците симптомы раздражения брюшины отрицательные. Нарушений стула и мочеиспускания в день заболевания, как правило, не отмечается. В общем анализе крови выявляется лейкоцитоз в пределах $10,0 \times 10^9$ – $12,0 \times 10^9$ /л.

Патогномоничные симптомы острого аппендицита: Кохера–Волковича, Ровзинга, Ситковского, Бартомье–Михельсона.

При прогрессировании воспаления в стенке аппендицса и переходе во флегмонозную стадию отмечается повышение температуры тела до 38,0–38,5 °C. Флегмонозный аппендицит — самая распространенная форма заболевания, при которой больным оказывается хирургическая помощь. При этой форме боли локализуются в правой подвздошной области, постоянны и имеют значительную интенсивность. Больные часто жалуются на постоянную тошноту. Тахикардия 80–90 ударов в минуту. Язык обложен. При осмотре живота отмечается отставание правой подвздошной области при дыхании. При пальпации в правой подвздошной области определяется локальная болезненность и защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, что указывает на переход воспаления на брюшину. В этой стадии определяется положительный симптом Воскресенского (симптом «рубашки»). Остаются положительными симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье–Михельсона. Лейкоцитоз обычно составляет $12,0 \times 10^9$ – $20,0 \times 10^9$ /л.

При гангренозном аппендиците происходит некроз стенки аппендицса и развивается гнилостное воспаление. Состояние больных при гангренозном аппендиците средней тяжести или тяжелое, несмотря на то, что боли в животе значительно уменьшаются. Уменьшение боли обусловлено некрозом нервных окончаний в аппендицсе. Параллельно проис-

ходит всасывание бактериальных токсинов в кровь, что приводит к нарастанию симптомов системной воспалительной реакции.

Температура тела бывает нормальной (до 37°C) или ниже нормы (до 36°C). Отмечается тахикардия до 100–120 ударов в минуту. При пальпации определяется выраженное напряжение передней брюшной стенки в правой подвздошной области. Живот умеренно вздут, перистальтика кишечника резко ослаблена или отсутствует. Положительные симптомы: Щеткина–Блюмберга, Воскресенского «рубашки», Ровзинга, Ситковского, Бартомье–Михельсона. Нередко наблюдается повторная рвота. В общем анализе крови число лейкоцитов может несколько снижаться до $10,0 \times 10^9 - 12,0 \times 10^9/\text{л}$ или находится в пределах нормы ($6,0 \times 10^9 - 8,0 \times 10^9/\text{л}$), однако практически всегда происходит сдвиг формулы белой крови в сторону увеличения юных форм нейтрофилов.

Перфоративный аппендицит проявляется возникновением резкой интенсивной боли в правой подвздошной области, что обусловлено прободением стенки отростка и попаданием его содержимого в брюшную полость. Если зона расположения аппендициса не ограничена от свободной брюшной полости (инфилтратом, спайками), то боль может распространяться по всем отделам живота. Часто при этом возникает неоднократная рвота, связанная с нарастающей интоксикацией. Температура тела приобретает гектический характер. Сохраняется выраженная тахикардия. Язык сухой, густо обложен налетом. Ригидность мышц передней брюшной стенки определяется, как в правой подвздошной области, так и по всему животу. Все симптомы раздражения брюшины положительные. Нарастает вздутие живота за счет угнетения перистальтики. В общем анализе крови сохраняется высокое число лейкоцитов. В ряде случаев может отмечаться снижение числа лейкоцитов, но при этом регистрируется сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Исходы перфоративного аппендицита:

1. Распространенный гнойный перитонит.
2. Аппендикулярный абсцесс (местный ограниченный гнойный перитонит).

Диагностика. В последние десятилетия отмечается значительный прогресс в вопросах диагностики острого аппендицита. Это связано с быстрым развитием и внедрением диагностических методик в повседневную практику. Для диагностики не осложненного острого аппендицита достаточно оценить клиническую картину, выполнить стандартные анализы, провести ультразвуковое исследование (УЗИ), а в неясных случа-

ях выполнить диагностическую лапароскопию. Чувствительность УЗИ при остром аппендиците, по данным литературы, составляет в среднем 96%, специфичность — 98%, точность — 90,4%. Диагноз острого аппендицита по данным УЗИ возможно установить примерно в 70–80% случаев (рис.3).

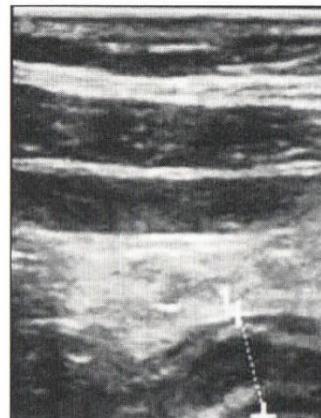


Рис. 3.

Ультразвуковое исследование, продольное сканирование аппендициса. Острый флегмонозный аппендицит.

Для проведения УЗИ червеобразного отростка используются ультразвуковые аппараты, оснащенные линейными или конвексными датчиками с частотными характеристиками от 3,5 до 5,0 MHz. УЗИ дает возможность оценить изменения червеобразного отростка, провести дифференциальную диагностику острого аппендицита с другой патологией органов брюшной полости, установить правильный диагноз, своевременно определить показания к экстренной операции. Обследование начинается с обзорной эхографии брюшной полости по стандартной методике, затем детально изучается правая подвздошная область и/или зона наибольшей болезненности.

Неизмененный червеобразный отросток представляет собой линейную, неконтрастную, слепо заканчивающуюся в продольном срезе структуру, отходящую от задней полуокружности купола слепой кишки, ниже и глубже уровня ileoceкального перехода. Диаметр неизмененного червеобразного отростка по данным УЗИ составляет 4–6 мм, толщина стенки — 2мм. Внутренний эхогенный ободок соответствует слизистой и подслизистой оболочке. Мышечный слой имеет вид колыцевидной структуры несколько пониженной эхогенности. Серозный покров представляет собой тонкую эхонегативную линию.

При флегмоноznом аппендиците диаметр червеобразного отростка увеличивается до 0,8-1,5 см. Толщина стенки отростка составляет 4 – 6 мм. Значительно утолщаются слизистая и мышечная оболочки за счет их инфильтрации, а при развитии деструктивного процесса отмечается слияние слоев стенки. Полость чаще остается щелевидной за счет выраженного отека лимфоидных элементов подслизистого слоя. При воспалении отмечается ригидность червеобразного отростка. В поперечном сечении определяется характерный симптом "мишени". При эмпиеме червеобразного отростка его диаметр увеличивается до 1,5-2 см, а стенка истончается. Содержимое полости отростка становится жидкостным. В области основания может определяться один или несколько каловых камней. При гангренозном аппендиците определяются еще более грубые изменения стенки отростка, нарушается ее слоистость за счет полного разрушения слизисто-подслизистого слоя, вокруг определяется рыхлый инфильтрат, явления тифлита. Возникновение ограниченных жидкостных участков в области отростка, уменьшение его диаметра и исчезновение полости, свидетельствуют о возможной перфорации.

Характерные ультразвуковые признаки острого аппендицита:

1. Повышение контрастности структур отростка,
2. Отсутствие перистальтической активности,
3. Увеличение диаметра и утолщение его стенки,
4. Ригидность при дозированной компрессии.

Дополнительные признаки включают жидкость вокруг аппендицса, воспаленные ткани кишki и структуру абсцесса. В 30% случаев в прилежащей брыжейке выявляются признаки лимфаденита. Отсутствие визуализации воспаленного аппендицса объясняется аномальным расположением отростка, недостаточным наполнением мочевого пузыря, ожирением пациента, беспокойным поведением пациента во время исследования, беременностью.

Хирургическая тактика при остром аппендиците

На догоспитальном этапе при постановке диагноза «острый аппендицит» или «подозрение на острый аппендицит» больной в обязательном порядке доставляется в приемное отделение хирургического стационара, где его осматривает хирург (другие специалисты – при необходимости), выполняют общепринятые методы обследования: термометрия, анализы крови и мочи, ЭКГ (пациентам старше 50 лет, а при наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний и более молодым), рентгенологическое исследование грудной клетки (по показаниям).

При подтверждении диагноза «острый аппендицит» больного готовят к экстренному оперативному вмешательству. При неясных симптомах – госпитализируют в хирургическое отделение, где организуют консультации смежных специалистов (терапевт, инфекционист, гинеколог и др.), проводят дополнительные диагностические исследования (рентгеноскопия, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинной клетчатки, обзорная и экскреторная урография).

После обследования и консультаций специалистов при сохраняющемся подозрении на острый аппендицит больного следует оперировать (лапаротомия или лапароскопия) в течение 2 часов с момента госпитализации.

Методы хирургического лечения при неосложненном аппендиците:

1. Аппендектомия из доступа Волковича-Дьяконова.

Противопоказания: аппендикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования или крайне тяжелое (агональное) состояние больного.

2. Лапароскопическая аппендектомия.

Показания: острый неосложненный аппендицит.

Противопоказания:

- абсолютные: аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс, распространенный перитонит, забрюшинная флегмона и агональное состояние больного;
- относительные: спаечный процесс в брюшной полости вследствие перенесенных ранее операций, беременность.

При отсутствии четкого диагноза, показано выполнение диагностической лапароскопии. Лапароскопические признаки острого аппендицита:

- прямые: ригидность червеобразного отростка, гиперемия серозного покрова с геморрагиями, наложениями фибрлина, инфильтрация брыжеечки.
- косвенные: наличие мутного выпота в правой подвздошной ямке и малом тазу, гиперемия париетальной брюшины правой подвздошной области, гиперемия и инфильтрация купола слепой кишки.

В случае невозможности проведения лапароскопии и нарастании признаков интоксикации, выполняют средне-срединную лапаротомию с последующим расширением операционной раны вверх или вниз в зависимости от выявленной патологии.

При обнаружении иного патологического процесса от аппендиэктомии следует воздержаться. Проведение «попутной» аппендиэктомии запрещается.

Оперативное вмешательство осуществляется только под наркозом. Выбор анестезиологического пособия проводится врачом-анестезиологом в зависимости от состояния больного и формы патологического процесса. Переход во время операции с одного вида обезболивания на другой является грубой ошибкой, как анестезиолога, так и хирурга.

Типичный доступ при аппендиэктомии — косо-поперечный в правой подвздошной области, но при симптомах распространенного перитонита методом выбора должна быть нижне-срединная лапаротомия. При использовании доступа в подвздошной области нередко возникает необходимость его расширения, что достигается продлением разреза по влагалищу прямой мышцы живота по ходу медиального угла разведенных косых мышц живота.

Симптоматику катарального аппендицита могут давать такие заболевания как дивертикул Меккеля, терминальный ileitis, аднексит и другие (рис. 4).



Рис. 4. Дивертикул Меккеля.

Поэтому для исключения иной патологии при катаральном аппендиците перед удалением червеобразного отростка необходима ревизия не менее 80-120 см подвздошной кишки, начального отдела восходящей кишки, а у женщин гениталий.

Наиболее типичные технические ошибки, допускаемые хирургами при аппендиэктомии:

- стремление перевязать брыжейку отростка непременно только одной лигатурой, что далеко не всегда сопровождается перевязкой основного ствола аппендикулярной артерии и может сопровождаться кровотечением;
- оставление излишне короткой культи брыжейки отростка, что может сопровождаться соскальзыванием лигатуры и кровотечением из сосудов брыжейки;
- при погружении культуры отростка в кисетный и Z-образный швы не уделяется должного внимания опасности погружения в шов баугиниевой заслонки, что приводит к развитию кишечной непроходимости;
- при явлениях воспалительной инфильтрации стенки слепой кишки накладываются кисетный и Z-образный швы, что приводит к их прорезыванию и перфорации стенки слепой кишки, в то время как наиболее оправдано погружение культуры отростка отдельными узловыми швами;
- не берется выпот из брюшной полости для бактериологического исследования и определения чувствительности к антибактериальным препаратам;
- стремление во всех случаях вывести в рану полностью червеобразный отросток с куполом слепой кишки, вместо использования ретроградной аппендиэктомии.

Санация брюшной полости необходима при наличии местного или распространенного фибринозно-гнойного перитонита. После осушения выпота и ограничения зоны воспалительных изменений, а также проведения аппендиэктомии, брюшную полость следует промыть до «чистой воды» растворами антисептиков. При местном перитоните в брюшную полость устанавливают 1-2 дренажа, а при распространенном перитоните от 4 до 6 дренажей через отдельные проколы в передней брюшной стенке.

Аппендиэктомия лапароскопическим доступом выполняется при неосложненном аппендиците. Над пупком устанавливается порт для видеокамеры. Места введения других портов могут изменяться, что связано с выбором наиболее «удобного» угла взаимодействия инструментов (рис. 5).

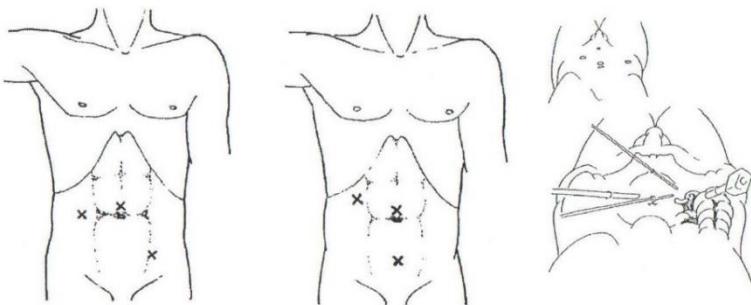


Рис. 5. Варианты расположения инструментов при лапароскопической аппендиэктомии (Винд Г. Дж., 1999).

После введения оптического порта (10 мм) и ревизии брюшной полости в результате которой подтвердился диагноз острого аппендицита устанавливают два порта для инструментов (5 мм и 10 мм). В ряде случаев для полноценной ревизии возникает необходимость сразу после оптического порта ввести еще один инструмент. Далее производят пересечение брыжечки аппендициса ультразвуковым диссектором либо при помощи электрокоагуляции. На основание отростка накладывается эндопетля и отросток отсекается, либо отросток отсекается при помощи резецирующего аппарата. Отросток удаляется из брюшной полости в пластиковом контейнере. Мы предлагаем дополнительно перитонизировать культуту аппендициса кисетным или Z-образным швом. Далее выполняется санация и дренирование брюшной полости, после чего порты удаляются, производится десуфляция и ушивание ран.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

К осложнениям острого аппендицита относят:

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Аппендикулярный абсцесс (абсцессы брюшной полости и малого таза).
3. Перитонит (местный, распространенный).
4. Флегмону забрюшинной клетчатки.
5. Пилефлебит.

Наиболее частыми осложнениями в послеоперационном периоде являются: воспалительный инфильтрат и нагноение раны (4–10%), послеоперационный распространенный гнойный перитонит (5–6%), инфильтраты и абсцессы брюшной полости (0,5–2,0%), кишечные свищи (0,3–0,8%), эвентрация (0,3–0,6%), острая кишечная непроходимость (0,2–0,5%), кровотечения и гематомы (0,03–0,2%). В поздние сроки после операции наблюдают такие осложнения, как послеоперационные грыжи (15%), лигатурные свищи, спаечная болезнь, инфильтильность (вследствие спаечной непроходимости маточных труб). Следует подчеркнуть, что у 70% пациентов, страдающих хронической частичной спаечной кишечной непроходимостью, первой операцией была аппендиэктомия, выполненная по поводу «простого» аппендицита.

Аппендикулярный инфильтрат — конгломерат спаинных между собой органов, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка, отграничивающих его от свободной брюшной полости. Инфильтрат осложняет течение аппендицита в 3–5% случаев и развивается спустя 3–5 дней от начала заболевания. Исходом аппендикулярного инфильтрата может быть либо его регресс, либо абсцедирование. В типичных случаях инфильтрат регрессирует за 1,5–2,5 недели. По мере регресса инфильтрата исчезают боль в животе и болезненность при пальпации, температура тела и картина крови становятся нормальными.

Аппендикулярный абсцесс развивается при нагноении аппендикулярного инфильтрата. При этом возобновляются боль в животе и болезненность при пальпации. Температура тела принимает гектический характер, появляются озноб и тахикардия. Объективно — границы инфильтрата расширяются, становятся нечеткими, пальпация образования резко болезненна. Если инфильтрат предлежит к брюшной стенке, то иногда удается выявить его размягчение и флюктуацию. Как правило, в этой фазе процесса над инфильтратом определяют симптомы раздражения брюшины. Абсцессы могут образовываться не только вокруг червеобразного отростка, но и в других местах брюшной полости вследствие ограничения инфицированного выпота, внутрибрюшных гематом или несостоятельности швов культуры аппендициса (рис. 6).

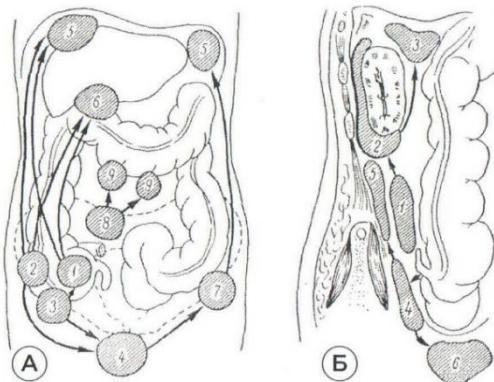


Рис. 6. Схема распространения гнойников при остром аппендиците (по Б.М. Хромову). А — внутрибрюшинное расположение отростка (вид спереди): 1 — передний или пристеночный абсцесс; 2 — внутрибрюшинный боковой абсцесс; 3 — подвздошный абсцесс; 4 — абсцесс в полости малого таза (абсцесс дугласова пространства); 5 — поддиафрагмальный абсцесс; 6 — подпеченочный абсцесс; 7 — левосторонний подвздошный абсцесс; 8 — межкишечный абсцесс; 9 — внутрибрюшинные абсцессы. Б — ретроцекальное внебрюшинное расположение отростка (вид сбоку): 1 — гнойный параколит; 2 — паранефрит; 3 — поддиафрагмальный (внебрюшинный) абсцесс; 4 — абсцесс или флегмона подвздошной ямки; 5 — забрюшинная флегмона; 6 — тазовая флегмона.

Распространенный гнойный перитонит осложняет течение острого аппендицита у 1% больных, однако при перфоративном аппендиците его наблюдают у 8–10% пациентов. Перитонит является основной причиной смерти больных при остром аппендиците.

Флегмона забрюшинной клетчатки возникает при ретроперитонеальном расположении аппендицса, когда развивается перфоративный аппендицит. Таким образом, возникает гнойное расплавление забрюшинной клетчатки — флегмона.

Пилефлебит — септический тромбофлебит воротной вены и ее ветвей является самым редким и наиболее тяжелым осложнением острого аппендицита. Пилефлебит развивается, как правило, после аппендэктомии. В этом случае с первого дня после операции нарастает тяжесть состояния, появляются гектическая лихорадка, резкое вздутие живота, равномерная болезненность в его правой половине без выраженных симптомов раздражения брюшины. При переходе воспалительного процесса на печеночные вены возникают желтуха, гепатомегалия, про-

грессирует печеночно-почечная недостаточность, которая приводит к смерти больного. При относительно медленном развитии тромбофлебита необходимо резецировать всю брыжейку гангренозно-измененного отростка с тромбированными венами.

Диагностика осложнений острого аппендицита. Для диагностики осложнений острого аппендицита в настоящее время дополнительно применяются следующие методы: ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральная компьютерная томография (СКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Аппендикулярный инфильтрат при УЗИ наиболее часто визуализируется как опухолевидное образование смешанной эхогенности, в котором иногда можно дифференцировать червеобразный отросток, что является важным диагностическим признаком (рис. 7).

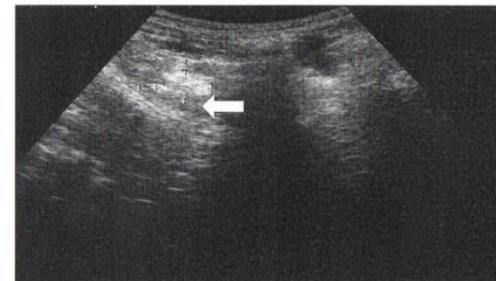


Рис. 7.
Ультразвуковое
исследование.
Аппендикулярный
инфильтрат.

Сформированный аппендикулярный абсцесс представляет собой полостное образование неправильной округлой формы с однородным гипо- или анэхогенным содержимым и плотной гиогенной капсулой толщиной 5–8 мм (рис. 8).



Рис. 8.
Ультразвуковое
исследование.
Аппендикулярный
абсцесс.

В случаях, когда для установки правильного диагноза недостаточно клинико-лабораторных и ультразвуковых данных рекомендуется выполнять спиральную компьютерную томографию. СКТ с контрастированием обладает 90–100% чувствительностью, 91–99% специфичностью и 94–98% точностью при диагностике осложнений острого аппендицита. На представленных снимках видно, что СКТ позволяет диагностировать острый аппендицит как на самом раннем этапе заболевания, так и его осложнения (рис. 9).

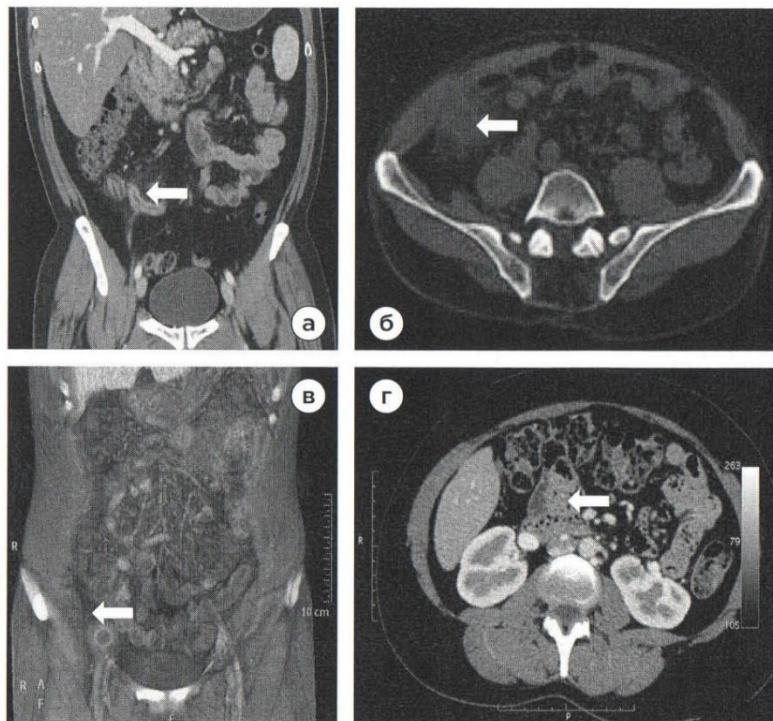


Рис. 9. СКТ. а — аппендикулярный инфильтрат; б — аппендикулярный абсцесс; в — аппендикулярный абсцесс (3D); г — забрюшинная флегмона при ретроперитонеальном аппендиците распространявшаяся до головки поджелудочной железы.

В последние десятилетия в качестве альтернативного метода диагностики острого аппендицита и его осложнений применяется магнитно-резонансная томография (рис. 10). Важной особенностью МРТ является то, что применение этого метода у беременных женщин позволяет избежать лучевой нагрузки на плод.

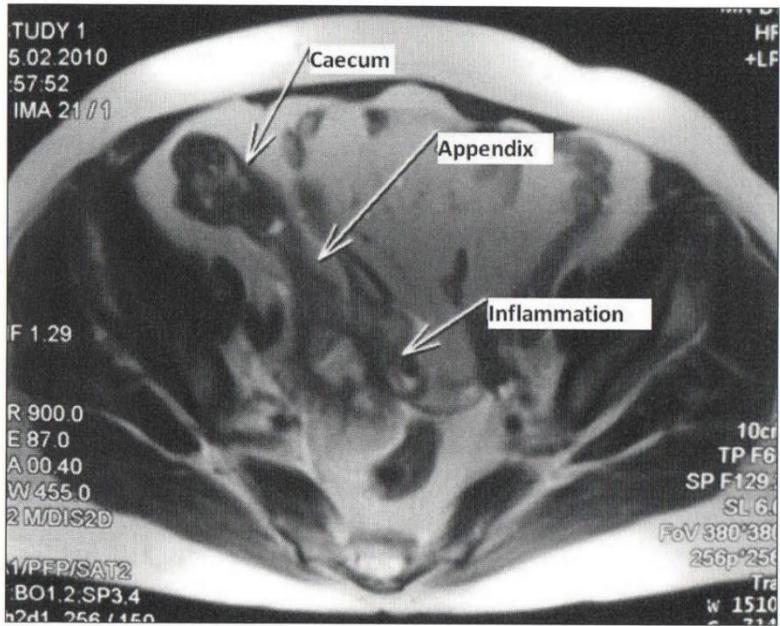


Рис. 10. МРТ. Аппендикулярный инфильтрат при тазовом расположении червеобразного отростка.

В сложных случаях, когда требуется дифференцировать аппендикулярный инфильтрат или абсцесс с заболеваниями придатков, опухолью слепой кишки и т.д., мы рекомендуем применять несколько методов диагностики для получения достоверной картины заболевания, в том числе и для осуществления контроля в послеоперационном периоде (рис. 11).

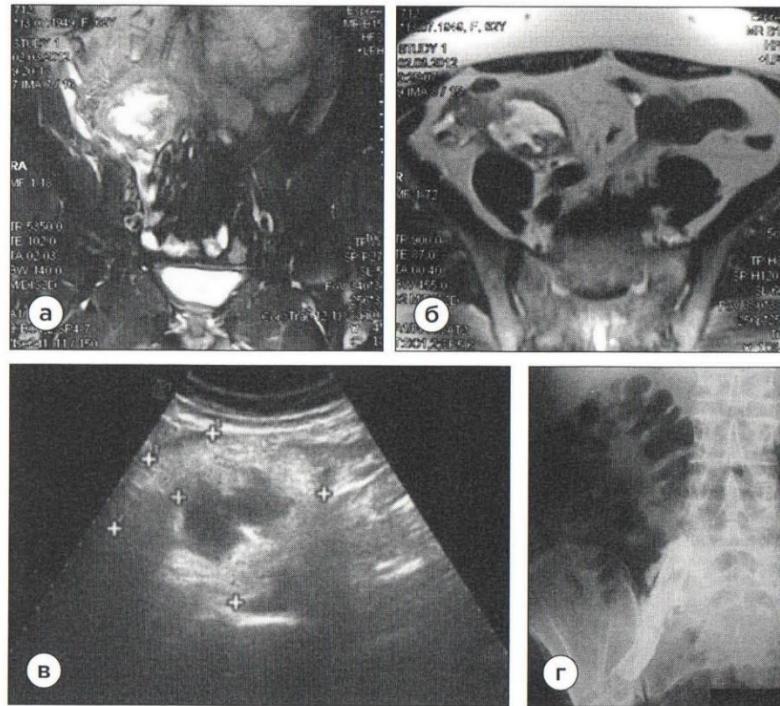


Рис. 11. Латеральный аппендикулярный абсцесс: а, б — МРТ; в — УЗИ; г — фистулография на 6-е сутки после вскрытия и дренирования абсцесса.

Другим примером совместного применения УЗИ и МРТ может служить случай диагностики аппендикулярного абсцесса передней локализации в виде запонки, который в месте своего расположения практически полностью разрушил переднюю брюшную стенку (рис. 12).

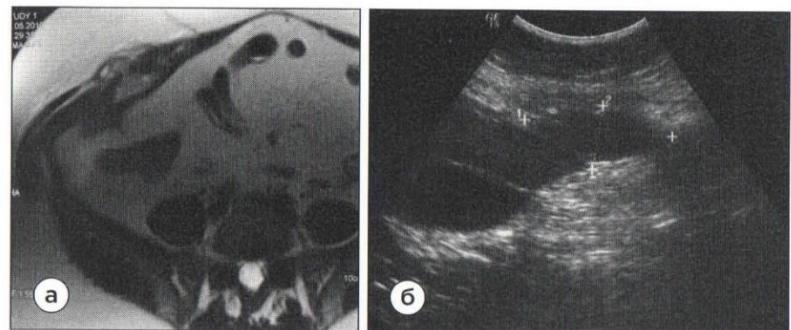


Рис. 12. Аппендикулярный абсцесс в виде запонки с деструкцией передней брюшной стенки при переднем расположении отростка: а — МРТ; б — УЗИ.

Хирургическая тактика при осложнениях острого аппендицита

При инфильтрате, диагностированном до операции, при отсутствии его абсцедирования назначают консервативное лечение и наблюдают больного (общий анализ крови, УЗИ) до полного регресса инфильтрата. Без выписки из стационара больному выполняют колоноскопию или колоноэндоскопию для исключения опухоли слепой кишки и восходящего отдела восходящей ободочной кишки.

При формирующемся или сформировавшемся периаппендикулярном абсцессе (гипертемия гектического характера, явления интоксикации, наличие в инфильтрате полости с неоднородным содержимым при УЗИ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) производят вскрытие гнойника внебрюшинным доступом по Н.И.Пирогову и дренирование его полости трубкой или резиново-марлевым тампоном. При обнаружении гнойника во время экстренной операции его санируют и дренируют из лапаротомного доступа. Попытка аппендэктомии в обоих случаях недопустима.

При рыхлом (формирующемся) инфильтрате, обнаруженному во время операции, выполняют типичную аппендэктомию. При плотном инфильтрате, выявленном во время операции, вмешательство заканчивается введением ограничивающих тампонов без попытки выделения отростка.

Показания к установке резиново-марлевого тампона:

1. Неуверенность в удалении червеобразного отростка (операция при аппендикулярном абсцессе, ошибочная операция при аппендикулярном инфильтрате);

2. Диффузное кровотечение из зоны операции и неуверенность в надежном гемостазе.

Тампон вводят через основной или дополнительный (при нижне-срединной лапаротомии) разрез в правой подвздошной области. При ретроперитонеальном расположении отростка тампоны выводят через контраперттуру в поясничной области. Основная функция тампона — каркасная (для формирования вокруг него раневого канала и создания оптимальных условий для последующей санации при перевязках). С пятого дня тампон подтягивают, а на шестой — восьмой день его удаляют, продолжая смешную тампонаду раневого канала до полного его заживления.

В последние десятилетия применяется метод пункционного дренирования аппендикулярных абсцессов под контролем УЗИ. В лечебных учреждениях, имеющих соответствующее оснащение, такой метод применяется у 50% больных с аппендикулярными абсцессами.

Имеются свои особенности врачебной тактики при аппендиците у женщин во второй половине беременности. Реальная угроза прерывания беременности или преждевременной родовой деятельности после аппендэктомии требует от хирурга щадящей оперативной техники, участия акушера-гинеколога в ведении таких больных и назначения в до- и послеоперационном периодах препаратов, понижающих тонус матки.

Глава 2.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Кровотечение из язвы является наиболее частым и опасным для жизни осложнением, встречающимся у 15–25% больных язвенной болезнью. Оно может возникнуть в любом возрасте, но обычно наблюдается после 50 лет. Чаще им страдают мужчины. В последние годы отмечаются старение больных и увеличение процента страдающих женщин среди них.

Этиология. Из причин желудочно-кишечных кровотечений на долю язвенных приходится до 56–60% (из них около 10% составляют кро-

вотечения из острых язв). Соотношение кровоточащих желудочных и дуоденальных язв — 1:3–4. При кровотечении из хронических язв оно часто носит профузный характер, из острых язв — более умеренный, но нередко неоднократно рецидивирующий. Чем глубже поражение слизистой оболочки, тем более крупного калибра сосуды повреждаются и тем более массивным бывает кровотечение. Из дна каллезных язв кровотечение бывает чаще артериальным, реже венозным или капиллярным. Из острых язв кровотечение обычно носит смешанный характер. Иногда ошибочно за язвенное кровотечение принимают диапедезное или капиллярное кровотечение из окружающих язв участков слизистой оболочки — геморрагический или эрозивный гастродуоденит. Гастроэзоанальные язвы (как правило, они расположены на слизистой оболочке тощей кишки) осложняются чаще массивным артериальным кровотечением.

Клиническая картина кровотечения зависит в первую очередь от его интенсивности, характера основного и сопутствующего заболеваний, возраста пациента. Типичным проявлением осложнения являются общие симптомы кровопотери: слабость (100% больных), бледность кожных покровов (80–90%), головокружение (60–80%), обморочное состояние (30%). Кроме того, могут наблюдаться холодный липкий пот, сердцебиение, шум в ушах, мельканье «мушек» перед глазами. Обычно спустя короткое время после появления общих симптомов кровопотери у больных отмечаются рвота свежей кровью или имеющей вид кофейной гущи массой, а также жидки, черного цвета стул (мелена). Чем массивнее кровотечение. Тем более выражена клиническая симптоматика. Считается, что при быстрой и массивной кровопотере (свыше 1500 мл) у больных может развиться гиповолемический (геморрагический) шок. В клинической картине выступают бледная, влажная, холодная, с мраморным оттенком кожа, акроцианоз, нарастающая тахикардия и тахипноэ, прогрессирующее падение артериального давления (до 100–80 мм рт. ст. и ниже), развитие олигурии и даже анурии.

У значительной части больных (до 55%) кровотечению предшествует обострение язвенной болезни, которое проявляется типичным болевым синдромом, диспептическими явлениями, но с началом кровотечения болевой синдром если не исчезает, то значительно уменьшается. Усиление боли в эпигастрии при имеющемся желудочном кровотечении должно насторожить врача, так как может свидетельствовать о наличии сразу двух осложнений язвенной болезни — кровотечении и перфорации. При этом классической клинической картины перфорации, как правило, не бывает: нет характерной «кинжалной» боли, отсутствует «доскообразное» напряжение всего живота или его правой половины.

Диагностика. Ведущим методом диагностики при желудочно-кишечных кровотечениях является эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Благодаря эндоскопическому исследованию число нераспознанных причин кровотечения за последние 30–40 лет сократилось почти в 20 раз, исчезли из практики случаи «слепых» резекций желудка при неустановленном до операции источнике кровотечения. Метод позволяет не только установить причину кровотечения, его локализацию, размеры, но и оценить надежность спонтанного гемостаза, а также осуществить лечебные мероприятия, направленные на остановку кровотечения или профилактику его рецидива. Важно при этом не забывать некоторых положений, отступление от которых может не просто привести исследование к неудаче, но и подвергнуть жизнь больного смертельной опасности. К ним относятся следующие установки:

1. противопоказанием к исследованию является только агональное состояние больного;
2. чем тяжелее состояние больного, тем императивнее требование выполнять ЭГДС при одновременном проведении инфузционной терапии, осуществляющей реаниматологом;
3. промывание желудка ледяной водой является обязательным, если в желудке содержится много сгустков крови;
4. эндоскопическое исследование должно осуществляться на максимально достижимую длину верхнего отдела пищеварительного тракта вне зависимости от выявляемых изменений в его проксимальных отделах (возможны наличие более одного источника кровотечения, локализация его в постбульбарной части ДПК);
5. каждое исследование при состоявшемся недавно и тем более при продолжающемся кровотечении должно завершаться лечебными манипуляциями;
6. перечень эндоскопических лечебных пособий достаточно широк, но наиболее эффективными в настоящее время считаются обкалывание язв растворами адреналина и новокаина, электроагуляция, фотокоагуляция лазером, наложение клипс;
7. хирургическая операция не должна подменяться безуспешными попытками лечебной эндоскопии при артериальных кровотечениях из язв, особенно дуodenальной локализации.

Среди большинства хирургов и эндоскопистов большой популярностью пользуется классификация источника кровотечения по эндоскопической картине (Forrest, 1974):

- F Ia** — продолжающееся струйное кровотечение;
- F Ib** — продолжающееся капиллярное кровотечение (возможно редкими каплями);
- F IIa** — в дне или крае язвы виден тромбированный сосуд (сосуды);
- F IIb** — язвенный кратер закрыт фиксированным тромбом — сгустком крови;
- F IIc** — мелкие тромбированные сосуды в дне или краях язвы;
- F III** — нет признаков состоявшегося кровотечения (при поздних сроках исследования).

Особенно велико значение данных ЭГДС для прогнозирования рецидива кровотечения. При наличии чистого дна язвы (состоявшееся кровотечение) рецидив кровотечения возможен у 7% больных с послеоперационной летальностью 1,5–2,0%. При наличии сгустка крови в дне язвы рецидив кровотечения отмечается у 20% больных с послеоперационной летальностью 5%. При выявлении тромбированного сосуда в язве рецидив кровотечения имеет место обычно у 40% больных, послеоперационная летальность составляет 10%. Наконец, при выявлении струйного кровотечения из язвы и успешном гемостазе рецидив кровотечения отмечается у каждого второго больного с послеоперационной летальностью, превышающей 15%.

Тяжесть состояния больного определяется величиной кровопотери, поэтому определение ее становится первостепенной задачей. Существует много способов оценки тяжести кровопотери, в том числе с применением радионуклидных и красочных методик. В экстренной ситуации об объеме кровопотери можно судить по индексу Альговера (таблица 1) или используя гематокритное число Moore и др.

Таблица 1. Шоковый индекс Альговера

Показатели шокового индекса	Объем кровопотери
0,8 и менее	10% ОЦК
0,9–1,2	20% ОЦК
1,3–1,4	30% ОЦК
1,5 и более	40% ОЦК
Около 0,6–0,5	Нормальный ОЦК

Не утратили своего значения и классификации тяжести кровопотери, предложенные В.Стручковым и Э.Луцевичем, А.Горбашко (таблица 2).

Таблица 2. Степень тяжести кровопотери (Горбашко А.И., 1982)

Показатель кровопотери	Степень кровопотери		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
Число эритроцитов	$> 3,5 \times 10^{12}/\text{л}$	$3,5 \times 10^{12}/\text{л} - 2,5 \times 10^{12}/\text{л}$	$< 2,5 \times 10^{12}/\text{л}$
Уровень гемоглобина, г/л	>100	83-100	<83
Частота пульса в 1 мин	до 80	80-100	Выше 100
Систолическое Ад (мм рт.ст.)	>110	110-90	<90
Гематокритное число, %	>30	25-30	<25
Дефицит ГО, от должного	до 20	20-30	30 и более

При тяжелой степени кровопотери и высоком риске рецидива кровотечения, выявляемом эндоскопически, больных госпитализируют только в отделение интенсивной терапии, где осуществляют лабораторные анализы, ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки. В редких случаях в специализированных лечебно-профилактических учреждениях для диагностики применяется селективная ангиография, в ходе которой возможно выполнение эмболизации кровоточащего сосуда.

Медикаментозное лечение. Основой лечебной тактики при язвенных желудочно-кишечных кровотечениях является медикаментозная терапия. При состоявшемся кровотечении с легкой степенью кровопотери больного направляют в хирургическое отделение, где ему назначают противоязвенную и антихеликобактерную терапию. По показаниям ее дополняют другими методами лечения. Через 4-7 дней после контрольной ЭГДС пациента обычно переводят для продолжения лечения в гастроэнтерологическое отделение, если ему не показано оперативное лечение или он отказывается от него.

При кровопотере средней и тяжелой степени в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии осуществляют лечение, направленное на нормализацию основных показателей гомеостаза и борьбу с гиповолемией. В тяжелых случаях инфузционная терапия осуществляется при постоянном мониторинге основных жизненных функций организма. Восполнение дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК) начинают с введения плазмозамещающих растворов. Одним из лучших среди них сегодня является гидроксиэтилкрахмал 6% и 10% (синонимы — ГЭК, венофундин, воловен, инфукол, рефортан).

Соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов должно быть 1:2. При шоке важно сначала устранить гиповолемию и гипопротеинемию, а потом бороться с анемией. Кровопотеря до 10% ОЦК (около 500 мл), как правило, не требует назначения трансфузии эритроцитной массы, при более значительной кровопотере показания к переливанию эритроцитной массы абсолютны. Важная роль в медикаментозном лечении отводится устранению нарушений гипокоагуляции, нормализации микроциркуляции крови, метаболических расстройств. Разумеется, в комплекс лечебных мероприятий должны быть включены антагонисты Н₂ — рецепторов, ингибиторы Н⁺, К⁺-АТФазы и антихеликобактерные препараты. При стабилизации состояния больного через 2-4 дня можно перевести в хирургическое отделение, где продолжают проводимое лечение и осуществляют эндоскопический контроль за язвенным процессом. От предлагаемой плановой операции больные часто отказываются и дальнейшее их лечение проводят в гастроэнтерологическом отделении.

Хирургическое лечение. Показаниями к экстренной операции при язвенном кровотечении являются:

- неэффективность консервативного лечения (включая эндоскопическое) и продолжение кровотечения из хронической язвы;
- рецидив кровотечения из хронической язвы;
- появление признаков присоединившейся перфорации язвы.

Срочная операция (в первые 24 часа) показана больным с хронической язвой желудка или ДПК с высоким риском рецидива кровотечения. При кровотечении из острых язв желудка или ДПК и даже при его неоднократном рецидиве большинство хирургов проводят консервативное лечение с повторными лечебными эндоскопическими вмешательствами.

При выборе объема оперативного вмешательства целесообразно руководствоваться рекомендациями VIII Всероссийского съезда хирургов (1995): «...операциями выбора являются: 1. резецирующие с удалением источника кровотечения и предотвращающие рецидив язвенной болезни (антрумэктомия с vagotomией или резекция желудка) и 2. органо-сохраняющие операции с vagотомией (стволовая vagотомия с пропишиванием кровоточащей язвы и пилоропластикой или дуоденопластикой) у больных с высоким операционным риском». Личный опыт хирургов продолжает определять объем операции при осложнениях язвенной болезни. В большинстве появившихся после 1995 года публикаций операции пропишивания кровоточащей язвы, как и резекция желудка на выключение, считаются порочными.

ПЕРФОРАТИВНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

Вторым по опасности для жизни больного осложнением является перфорация язвы, встречающаяся у 5–15% больных, чаще в возрасте 20–40 лет, хотя имеется тенденция к старению заболевания. У мужчин перфорация язвы наблюдается в 7–8 раз чаще, чем у женщин.

Классификация. Различают перфорации по этиологии — хроническая или острыя язва; по локализации — желудок или ДПК, передняя или задняя стенка; по течению — в свободную брюшную полость (87%), прикрытое прободение (9%), и атипичное (4%). 60–70% всех перфораций приходится на язву ДПК. При этом 90% из них локализуется на передней стенке луковицы ДПК. 60% перфоративных желудочных язв располагается на малой кривизне тела желудка и 40% — на передней, задней стенках и в препилорическом отделе. Редко (у 1–1,5% больных) встречаются сразу и кровотечение, и перфорация язвы.

Клиническая картина. Обычно за несколько дней до перфорации больные отмечают обострение болезни с соответствующей симптоматикой. Издавна в клинической картине перфорации известна триада симптомов: «кинжалальная» боль в эпигастральной области (95% больных), «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки (92%) и наличие язвенного анамнеза (80%).

В течение болезни различают фазу шока (до 6 часов), фазу мнимого благополучия (6–12 часов) и фазу распространенного перитонита (свыше 12 часов). В течение первые часы отмечают вынужденное положение больного на спине или правом боку с подтянутыми к животу ногами, холодный липкий пот, втянутый, неучаствующий в дыхании живот (практически не участвующий в акте дыхания), резчайшая болезненность при пальпации и перкуссии живота, «доскообразное» напряжение его и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Положительный френексус — симптом, отсутствие или уменьшение печеночной тупости при перкуссии дополняют клиническую картину.

В период мнимого благополучия симптоматика значительно сглаживается и даже нередко исчезает. Больной начинает активно двигаться, ходить, нередко отказывается от каких-либо исследований и даже госпитализации. С нарастанием эндотоксикоза развивается развернутая картина перитонита: «лицо Гиппократа», сухой язык, жаждка, тахикардия, тахипноэ, падение артериального давления, вздутие живота, рвота, отсутствие перистальтики кишечника, болезненность при пальпации живота и ректальном исследовании, положительные симптомы раздражения брюшины, нарастающие расстройства центральной и периферической гемодинамики, микроциркуляции.

Диагностика. При исследовании крови определяется лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. При рентгенологическом исследовании у 75% больных обнаруживается свободный газ в брюшной полости в виде «серпа» под куполами диафрагмы (при вертикальном положении больного) или под краем реберной дуги в левой латеропозиции пациента. В сомнительных случаях выполняют пневмогастрофию (нагнетание в желудок через зонд 500–600 мл воздуха) с последующим рентгеновским контролем или гастроскопию. В последние годы стали прибегать к лапароскопии с целью не только диагностики, но и лечения.

Хирургическая тактика. Выявление перфоративной язвы, в том числе и прикрытой, является абсолютным показанием к операции.

Вид и объем хирургического вмешательства зависит от сроков госпитализации с момента перфорации, выраженности перитонита, локализации язвы, местного состояния тканей в области перфорации, возраста пациента, наличия и тяжести сопутствующих заболеваний, опыта и технической оснащенности хирурга.

Известный афоризм «язвы рождаются перфоративными, умирают защищими» довлеет над подавляющим большинством хирургов — простое ушивание перфорационного отверстия остается доминирующим в экстренной хирургии, ибо незыблемой остается и главная цель операции — спасение жизни больного. Ушивание перфорационного отверстия особенно показано при прободении язв у молодых людей без язвенного анамнеза или с коротким его сроком; у лиц пожилого и старческого возраста с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний; при технических трудностях для радикальной операции, при прободении высоких (кардиальных) или низких (постбульбарных) язв. Техника ушивания язвы не претерпела существенных изменений за более чем 100-летнюю историю своего существования. При невозможности сблизить каллезные края язвы прибегают к тампонаде перфоративного отверстия сальником по Поликарпову. Операцию заканчивают санацией и дренированием брюшной полости.

Резекцию желудка выполняют при ранних сроках госпитализации (до 6 часов), при перфорации каллезной язвы желудка или ДПК у больных с частыми рецидивами, при сочетании кровотечения и прободения, при повторной перфорации язвы. Ваготомию с иссечением или ушиванием перфоративной язвы ДПК и пилоропластикой, несмотря на ее преимущества, выполняют далеко не все хирурги, хотя она была рекомендована решениями упоминавшегося уже VIII Всероссийского съезда хирургов.

В последнее десятилетие все чаще в печати стали появляться сообщения о лапароскопическом ушивании перфоративных язв желудка или ДПК. Несмотря на парадоксальность ситуации, возврат к старому

методу следует считать прогрессом в экстренной хирургии, учитывая имеющиеся возможности консервативного лечения язвенной болезни. Совсем уж «революционными» выглядят немногочисленные сообщения об опыте укрытия перфоративной язвы новыми пластическими материалами с kleевыми композициями в традиционной и лапароскопической хирургии. После выполнения палиативных операций обязательно проведение современного противоязвенного лечения в раннем послеоперационном периоде.

При категорическом отказе больного от операции или отсутствии технических условий для ее выполнения не следует забывать о неоперативном методе лечения — методе Тейлора (1946), получившем достаточно широкое распространение за рубежом: фовлеровское положение больного, постоянная зондовая аспирация содергимого желудка, дезинтоксикационная, антибактериальная и противоязвенная терапия, включая антихеликобактерную (в последние годы), голод, холод на живот.

В зарубежной литературе описаны показания и противопоказания для неоперативного лечения перфоративных дуоденальных язв. К показаниям относятся: язвы, неопределяемые рентгеновским исследованием с гастрографином (нет затекания контрастного вещества за пределы органа); случаи с отсутствие перитонеальных симптомов; сроки госпитализации свыше 24 часов от момента перфорации; множество тяжелых сопутствующих заболеваний. Противопоказаниями к консервативному лечению являются: случаи длительного язвенного анамнеза; перфорация язвы на фоне приема стероидных препаратов; перфорация желудочной язвы; наличие перитонита; неясность окончательного диагноза; перфорация язвы в условиях стационара на фоне адекватной медикаментозной терапии. Подобное лечение дает успех у 81% больных с летальностью 2,4%. Больные старше 70 лет хуже переносят неоперативное лечение.

ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

Описываемое авторами прошлого сужение желудка по типу «песочных часов» в результате рубцевания язвы сегодня практически не встречается, и обычно, говоря о стенозировании, имеют в виду рубцовое сужение пилорического отдела желудка или ДПК. Пилородуodenальный стеноз развивается у больных только с длительным язвенным анамнезом, обычно с частыми обострениями, и встречается у 6-20% больных. Важно не забывать, что сегодня в большинстве случаев причиной пилоробульбарного стеноза является не язвенная болезнь, а злокачественные новообразования. Нарастание стеноза — процесс достаточно длительный, при нем желудок постепенно теряет эвакуаторную функцию, увеличивается в размерах, опускаясь в малый таз и, в конечном итоге, превращается в атоничный «мешок».

Клиническая картина и диагностика. Тошнота, отрыжка и рвота встречаются у 90% больных. Типичными симптомами являются также тяжесть и умеренная боль в эпигастрине или в правом подреберье, похудание, при пальпации и аусcultации живота определяется «шум плеска». С течением времени нарастают расстройства всех видов метаболизма с соответствующими изменениями показателей лабораторных исследований (гипохлоремия, гипокалиемия, алкалоз, обезвоживание, электролитные расстройства и т.п.).

Различают три стадии стеноза:

- I стадия (компенсированный стеноз): общее состояние больных не страдает, трудоспособность не снижается. Эпизодическая рвота дает больному облегчение. Эндоскопически выявляется выраженная рубцовая деформация пилоробульбарного отдела с сужением его просвета до 1,0 см, эндоскоп может быть проведен дистальнее сужения. При рентгеноконтрастном исследовании желудка отмечаются замедление эвакуации барииевой взвеси из желудка до 6-12 часов, сужение пилоробульбарного отдела.
- II стадия (субкомпенсированный стеноз): общее состояние больного заметно страдает, трудоспособность нарушена, он подлежит госпитализации. Имеются чувство постоянного переполнения желудка, тяжесть в эпигастрине, ежедневная отрыжка «тухлым яйцом» и неоднократная рвота пищей, в том числе принятой накануне. При ЭГДС виден увеличенный в размерах желудок, сужение пилоробульбарного отдела более выражено, эндоскоп дистальнее сужения провести не удается. Рентгенологически определяется застой в желудке натощак, желудок расширен, перистальтика слаба. Наблюдается задержка контрастной массы в желудке до 12-24 часов.
- III стадия (декомпенсированный стеноз): состояние больного ближе к тяжелому. Он апатичен, вял, не критичен к собственному состоянию, избегает приема пищи, все симптомы предыдущих стадий нарастают. Ежедневно с рвотой, вызываемой искусственно, теряется несколько литров жидкости, нарастают обезвоживание и электролитные расстройства. На этом фоне может развиться гастрогенная тетания: парестезии, онемение пальцев рук, судорожное сведение кисти, общие судороги, менингеальные симптомы. Таких больных необходимо лечить в условиях отделения анестезиологии и реанимации. При эндоскопии отмечаются явления эрозивно-язвенного эзофагита, желудок перерастянут, огромных размеров, и достичь эндоскопом привратника нередко не удается, хотя биопсия для исключения рака становится необходимой. Рентгенологически перистальтика желудка практически не прослеживается, барииевая взвесь задерживается в желудке более 24 часов.

Иногда за органический стеноз принимают отек слизистой оболочки с периульцерозным инфильтратом и спастическими сокращениями привратника, что свойственно обострению язвенной болезни. При истинном рубцовом стенозе первичное лечение должно быть направлено на нормализацию электролитных и всех других видов нарушений. Обязательны также аспирация содержимого желудка, промывание его, противоязвенная и антихеликобактерная терапия. Инфузционная терапия в предоперационном периоде проводится до тех пор, пока не будет получена положительная динамика показателей гомеостаза.

Хирургическое лечение. При выборе метода операции VIII Всероссийский съезд хирургов рекомендовал решать вопрос с учетом моторно-эвакуаторной функции желудка и степени операционного риска. Ваготомия с дренирующими желудок операциями (пилоро- и дуоденопластикой) показана при начальных стадиях стеноза. При декомпенсированном стенозе более целесообразна резекция желудка. Несомненно, больным пожилого и старческого возраста, пациентам с высоким риском операции и обезболивания может быть выполнена гастроэнтэростомия, являющаяся для них методом выбора. С 1982 года периодически в печати появляются сообщения об успешном лечении пилородуodenального стеноза с применением эндоскопической баллонной дилатации привратника.

ПЕНЕТРАЦИЯ ЯЗВ

Пенетрация язвы — это проникновение язвы в смежные органы и ткани. В зависимости от локализации язва может пенетрировать в поджелудочную железу, малый сальник, печень и даже ободочную кишку. В подобных ситуациях типичные язвенные боли сменяются постоянными и более сильными, не исчезающими с началом противоязвенного лечения. Больные нередко вынуждены настаивать на инъекции наркотических аналгетиков. Из-за частого использования грелки для уменьшения болей на коже в эпигастральной области появляется характерная пятнистая пигментация — «тигровая кожа». Язвы желудка или ДПК осложняются пенетрацией в 15–30% случаев, чаще они пенетрируют в поджелудочную железу и малый сальник. С началом пенетрации в клинической картине начинают доминировать симптомы заболевания того органа, в который пенетрирует язва с соответствующими изменениями лабораторных показателей. Рентгенологически и эндоскопически о пенетрации судят по размерам и особенно глубине язвенного кратера.

Современное медикаментозное лечение пенетрирующей язвы часто бывает неэффективным, и большинство хирургов считают показанным таким больным оперативное лечение. Как и при других осложнениях

язвенной болезни, при пенетрации язвы есть сторонники органосохраняющих операций, что определяется, в том числе и локализацией язвы (желудок или ДПК).

МАЛИГНИЗАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

До недавних пор считалось, что язва желудка чуть ли не в 50–70% случаев рано или поздно малигнируется. Теперь же принято считать, что истинная малигнизация наступает у 1–5% больных, а в остальных случаях имеет место первично язвенная форма рака, в течении которой имеются циклы рубцевания и т.д. Поэтому так важна множественная биопсия из краев и дна язвы желудка, осложнившейся кровотечением, перфорацией или стенозом и пенетрацией.

Патогномоничных симптомов малигнизации язвы нет. Клиническая картина обычно соответствует таковой при доброкачественной язве. Описанные рентгенологические и эндоскопические критерии малигнизации язвы далеко не всегда подтверждаются. Основным критерием является морфологическая верификация диагноза. Естественно, при верификации малигнизации язвы больным показано хирургическое лечение.

Глава 3.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

В последние десятилетия проблема острого панкреатита (ОП) остается одной из самых актуальных в неотложной абдоминальной хирургии. Среди неотложных заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит составляет 3–10% случаев. В структуре острого панкреатита больные панкреонекрозом (ПН) составляют в среднем 15–30%. Летальность при панкреонекрозе колеблется в пределах 12–75 % в зависимости от формы заболевания. В настоящее время в неотложной панкреатологии основное внимание уделяется совершенствованию различных методов лабораторной и визуализационной диагностики, поиску объективных и доступных критериев оценки тяжести и прогноза заболевания, разработке показаний к консервативной терапии и хирургическому лечению.

Острый панкреатит — острое асептическое воспаление поджелудочной железы, основу которого составляют процессы аутоферментативного некробиоза, некроза и эндогенного инфицирования с вовлечением в процесс окружающих тканей забрюшинного пространства, брюшной полости и комплекса органных систем внебрюшинной локализации.

Этиология и патогенез. Примерное распределение причин развития панкреатита выглядит следующим образом: злоупотребление алкоголем — 40%; желчнокаменная болезнь — 40%; разные (прием лекарственных препаратов и наркотиков, интоксикация, травма, гиперлипидемия, гиперкальциемия и т.д.) — 10%; идиопатический острый панкреатит — 10%.

Классификация. В большинстве лечебных учреждений России в настоящее время применяется классификация, предложенная В.С. Савельевым на IX Всероссийском съезде хирургов в 2000 г. В основе классификации лежит понимание стадийной трансформации зон некротической деструкции и развития осложнений в зависимости от распространенности и характера поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки под влиянием факторов эндогенного и экзогенного инфицирования.

Формы острого панкреатита:

1. Панкреатит отечный (интерстициальный).
2. Панкреатит некротический (панкреонекроз) стерильный:
 - по характеру некротического поражения: жировой, геморрагический, смешанный;
 - по распространенности поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый; субтотальный, тотальный;
 - по локализации: с поражением головки, тела, хвоста, всех отделов поджелудочной железы
3. Панкреатит некротический (панкреонекроз) инфицированный

Осложнения острого панкреатита:

1. Парапанкреатический инфильтрат
2. Панкреатогенный абсцесс
3. Перитонит: ферментативный (абактериальный), бактериальный
4. Септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреатической, параколической, паранефральной, тазовой
5. Аррозивное кровотечение
6. Механическая желтуха
7. Псевдокиста: стерильная, инфицированная
8. Внутренние и наружные свищи желудочно-кишечного тракта (тонко-

кишечные, толстокишечные, желудочные, панкреатические)

Главным недостатком существующих классификаций является отсутствие разделения этиологических форм на билиарную, когда причиной развития заболевания является холедохолитиаз, и автономную, к которой относится токсический, медикаментозный, посттравматический и аутоиммунный панкреатит. На современном этапе развития панкреатологии представляется актуальным создание более современной классификации, учитывающей этиологическую форму панкреатита и отражающей глубину и распространенность поражения забрюшинной клетчатки как при отдельном заболевании.

По-прежнему актуальной остается классификация принятая на международной согласительной конференции в Атланте (1991г.). Она включает следующие формы:

1. Отечная форма (интерстициальный) панкреатит.
2. Стерильный панкреонекроз.
3. Инфицированный панкреонекроз.
4. Панкреатогенный абсцесс.
5. Псевдокиста (инфицированная псевдокиста).

По течению панкреатит следует делить на следующие фазы:

1. Фаза токсемии, гемодинамических нарушений и панкреатогенного шока (1-5 сутки).
2. Фаза постнекротического инфильтрата (функциональной недостаточности паренхиматозных органов) — 6-12 сутки.
3. Фаза гнойных осложнений (гнойной интоксикации).

Диагностика.

Клиническая картина острого панкреатита (панкреонекроза) хорошо изучена и подробно описана в многочисленных руководствах, монографиях и статьях. При отеке железы имеет место только фаза токсемии, а у больных с панкреонекрозом могут наблюдаться все три фазы: токсемии, функциональной недостаточности паренхиматозных органов и гнойных осложнений.

Лабораторная диагностика

Наиболее простым и достоверным методом лабораторной диагностики гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости

является давно известный лейкоцитарный индекс интоксикации Я.Я. Кальф-Калифа, который рассчитывается по формуле:

$$\text{ЛИИ} = 32\text{Пл} + 8\text{Ми} + 4\text{Ю} + 2\text{П} + \text{С}/16\text{Э} + 2\text{Б} + \text{Мо} + \text{Л},$$

при норме = $1,08 \pm 0,45$.

где **Пл** — плазматические клетки, **Ми** — миелоциты, **Ю** — юные нейтрофилы, **П** — палочкоядерные нейтрофилы, **С** — сегментоядерные нейтрофилы, **Э** — эозинофилы, **Б** — базофилы, **Мо** — моноциты, **Л** — лимфоциты.

В качестве дополнительного теста используется определение в сыворотке больного концентрации прокальцитонина (ПКТ), которая учитывается при дифференциальной диагностике стерильного и инфицированного панкреонекроза. Исследования последних лет показали, что увеличение концентрации прокальцитонина более 2,0 нг/мл в двух последовательных исследованиях является важным лабораторным маркером бактериального инфицирования очагов некротической деструкции. Получены данные, что из лабораторных показателей для диагностики абдоминального сепсиса и перитонита следует считать перспективным определение концентрации прокальцитонина (РСТ) в плазме крови. Этот показатель является маркером в дифференциальной диагностике СВР септического и абактериального происхождения, в частности стерильных и инфицированных форм панкреонекроза, острого респираторного дистресс-синдрома, инфицированных и неинфицированных интраабдоминальных скоплений жидкости. Превышение концентрации РСТ в плазме выше 2 нг/мл можно считать критерием развития септического процесса. Этот показатель служит ценным подспорьем в трудном процессе решения вопроса о тактике хирургического или интенсивного консервативного лечения гнойно-септических осложнений в абдоминальной хирургии.

Клинический опыт показывает, что определение а-амилазы крови является высокочувствительным тестом на острый панкреатит. а-амилаза — фермент, осуществляющий гидролитическое расщепление полисахаридов (крахмала, гликогенов и других продуктов распада, содержащих три и более остатков глюкозы) до декстранов и мальтозу. Плазма крови человека содержит а-амилазу двух изозимных типов: панкреатическую (Р-тип), вырабатываемую поджелудочной железой, и слюнную (S-тип), продуцируемую слюнными железами. Третий тип амилазы — крупная, или макроамилаза. С мочой выделяется в основном Р-амилаза (65% амилазной активности мочи), что позволяет оценивать функциональное состояние поджелудочной железы по уроамилазе. Чувствительность и специфичность уротеста составляет соответственно 100% и 78%. Амилолитической активностью также обладают кишечник, печень, почки, легкие, фалlopиевые трубы и жировая ткань.

В настоящее время в клинической практике используются амилокластические методы Вольгемута, Роу и Каравея. Резкое повышение активности амилазы в крови с последующим быстрым снижением свидетельствует о прогрессирующем панкреонекрозе. При остром панкреатите необходимо проводить динамическое определение активности амилазы как в моче, так и в крови.

Ультразвуковое исследование.

Проводится тщательный осмотр всей брюшной полости, как с целью дифференциальной диагностики, так и для получения информации о других органах и системах, что важно для определения тактики ведения пациента. Визуализировать поджелудочную железу при остром панкреатите не удается лишь в 8% случаев.

Ультразвуковые признаки заболевания подразделяются на прямые и косвенные. К первым относятся специфические изменения: размеров поджелудочной железы, ее контуров, структуры паренхимы, протока поджелудочной железы, сальниковой сумки.

Для отечной формы панкреатита характерно увеличение поджелудочной железы: всей (83% больных), либо различных ее участков в зависимости от объема поражения. Эхоструктура железы, как правило, однородная, пониженной эхогенности (70%). Плотность паренхимы становится значительно ниже плотности печени. Структура железы может быть и неоднородной после нескольких перенесенных приступов, т.к. процессы аутолиза заканчиваются фиброзом паренхимы, при этом в ткани железы появляется множество равномерно рассеянных мелких точечных эхопозитивных линейных структур.

Одним из пусковых механизмов панкреатита является гипертензия в главном панкреатическом протоке, поэтому при УЗИ определяется его расширение. При отечной форме заболевания проток расширен до 4–6 мм (20–25%).

Косвенные эхо-признаки острого панкреатита:

- жидкость в брюшной и плевральной полостях;
- явления гастростаза и пареза кишечника (выраженный метеоризм, расширение петель тонкой кишки и т.д.);
- признаки токсического гепатита;

Косвенные ультразвуковые признаки при отечной форме панкреатита обычно не выражены. Жидкость в сальниковой сумке скапливается редко (9%). Может выявляться незначительное количество жидкости в плевральных синусах.

Ультразвуковая картина при различных формах панкреонекроза более вариабельная. Размеры железы значительно превышают норму, возможно увеличение различных отделов железы. Контуры поджелудочной железы узурированные, паренхима органа крайне неоднородная. У 50% больных выявляется расширение главного панкреатического протока и у 30% — жидкость в сальниковой сумке в виде эхонегативного образования и с усилением сигнала за ним.

В сравнении с отечным панкреатитом, при панкреонекрозе жидкость в брюшной полости выявляется значительно чаще (90%). На фоне перитонита выражены явления пареза желудка и кишечника: петли кишок расширены, перистальтика отсутствует, контуры петель хорошо различимы при переполнении кишки жидкостью. При содержании большого количества газов в кишечнике ультразвуковое исследование становится неинформативным.

Спиральная компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография. Лапароскопия.

В настоящее время общепринятым считается оценка результатов СКТ и МРТ при помощи индексов Balthazar. Больные с индексом от 0 до 1 не имеют риска развития осложнений и летальности, в то время как больные с индексом 2 балла имеют 4% вероятность развития осложнений. При значениях индекса от 3 до 6 баллов имеется 35% вероятность развития осложнений и 6% вероятность летального исхода. Значения индекса от 7 до 10 баллов имеют 92% вероятность развития осложнений и 17% вероятность летального исхода. Эти индексы (СКТ и МРТ) Balthazar просты и удобны в применении, в связи с чем, активно используются в лечебных учреждениях России, Европы и США.

Так как указанные индексы позволили прогнозировать осложнения и летальность, то они нашли применение в выборе тактики лечения больных с панкреонекрозом. Таким образом, представляется интересным оценить эффективность СКТ и МРТ при формировании тактики лечения у больных с острым панкреатитом.

Результаты оценивали с использованием КТ и МРТ — индексов тяжести Balthazar. Тяжесть панкреатита классифицировали по стадиям от A до E, которым соответствовали баллы от 0 до 4. Стадия A (0 баллов): поджелудочная железа не изменена. Стадия B (1 балл): имеются изменения поджелудочной железы — локальное или диффузное ее увеличение; умеренная гетерогенность паренхимы; незначительное внутрипанкреатическое скопление жидкости; зоны некроза менее 3 см в диаметре. Стадия C (2 балла): имеются изменения поджелудочной железы, а также окружающих ее органов и тканей. В этой стадии кроме нарушений,

характерных для предыдущей стадии, отмечается инфильтрация парапанкреатических тканей. Стадия D (3 балла): воспалительные изменения вне поджелудочной железы — значительные изменения в парапанкреатической клетчатке и единичные скопления жидкости. Стадия E (4 балла): множественные, достаточно большие по размерам парапанкреатические скопления жидкости, некроз железы, абсцессы. К полученному числу прибавляются баллы величины некроза ПЖ: 0 — нет некроза; 2 — некроз до 30%; 4 — некроз 30—50%; 6 — некроз более 50%.

Пункционные методы дренирования применяли в качестве окончательного метода лечения либо как подготовительный этап перед выполнением «полуоткрытых» или «открытых» дренирующих операций (рис. 13, 14).

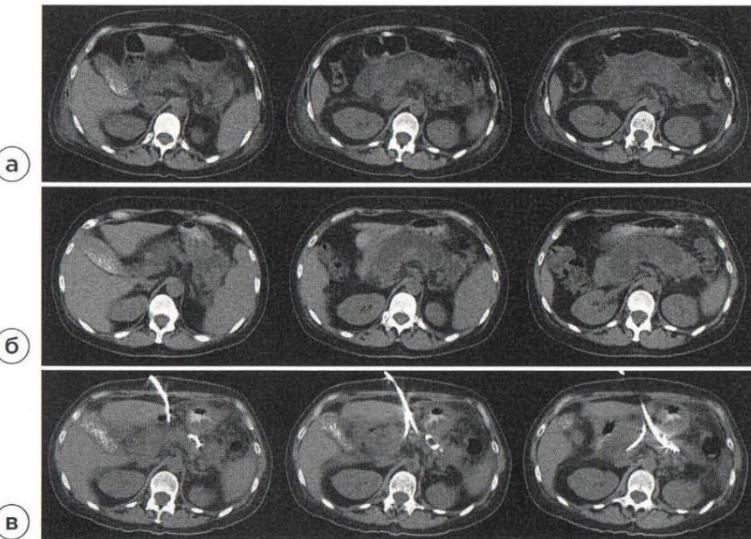


Рис. 13. СКТ. Билиарный панкреонекроз с поражением всех отделов ПЖ и формированием абсцесса. **а** — при поступлении инфильтрация и отек, участки некроза ПЖ (Balthazar C, КТ-индекс 7 баллов), **б** — перед дренированием, абсцесс ПЖ (Balthazar D, КТ-индекс 9 баллов), **в** — после дренирования под контролем УЗИ, уменьшение инфильтративных изменений ПЖ (Balthazar C, КТ-индекс 8 баллов).

Применение пункционно-дренажных методов в качестве первого этапа лечения позволяет отсрочить выполнение «лапаротомных» вмешательств, что дает возможность дождаться формирования демаркационной зоны и при лапаротомии более тщательно выполнить некрэктомию

и, таким образом, уменьшить количество санационных релапаротомий. Применение лапароскопических вмешательств считали оправданным только при наличии острого деструктивного холецистита при ПН, без признаков распространенного бактериального перитонита.

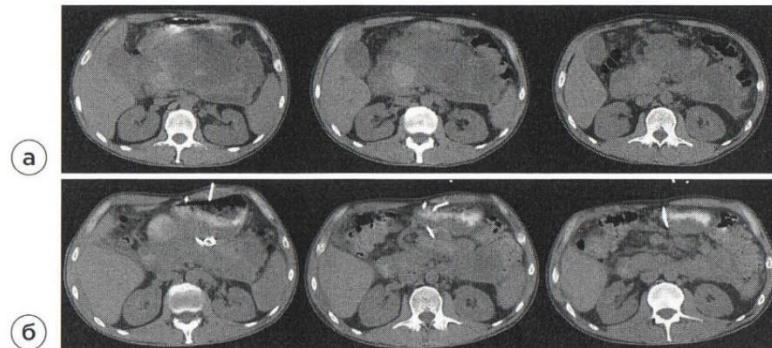


Рис. 14. СКТ. Панкреонекроз с формированием острых скоплений жидкости. **а** – до дренирования (Balthazar E, КТ-индекс 9 баллов), **б** – после дренирования под контролем УЗИ (Balthazar C, КТ-индекс 6 баллов).

При инфицированном крупноочаговом ПН, абсцессах брюшной полости, бактериальном перитоните, оментобурсите, флегмоне забрюшинной клетчатки, когда КТ или МРТ – индекс Balthazar находился в пределах от 7 до 10 баллов предпочтение отдавали третьему методу лечения (рис. 15).

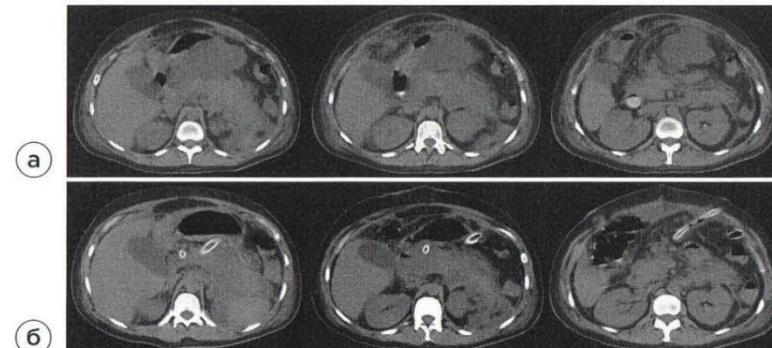


Рис. 15. СКТ. Тотальный панкреонекроз, гнойный оментобурсит. **а** – до операции (Balthazar D, КТ-индекс 9 баллов), **б** – после операции (Balthazar C, КТ-индекс 7 баллов).

На каждом этапе лечения контролировали значения шкалы APACHE II и индексов Balthazar, на основании которых выносили заключение об эффективности проводимого лечения. Если после первого этапа хирургического лечения в течение последующих двух суток значения шкалы APACHE II повышались на 4 балла, то выполнялась контрольная СКТ или МРТ. Если значение КТ или МРТ-индекса Balthazar повышалось на 1–2 балла, то переходили ко второму этапу хирургического лечения, при котором использовали преимущественно третий метод лечения.

Во второй группе проводили диагностику при помощи МРТ и аналогичным образом определяли тактику лечения (рис. 16).

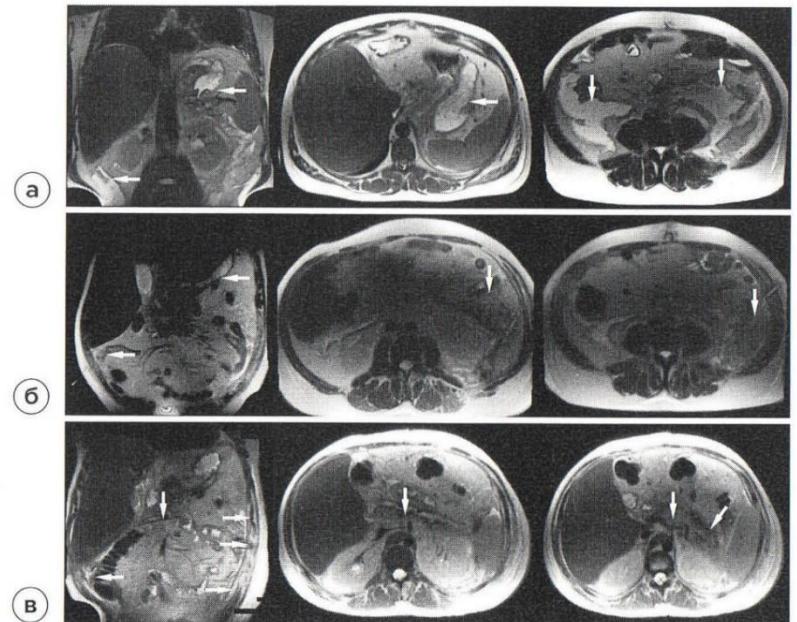


Рис. 16. МРТ. Панкреонекроз, парапанкреатит. **а** – при поступлении, острые скопления жидкости (отмечены стрелками) в сальниковой сумке, параколической клетчатке справа и слева (Balthazar E, МРТ-индекс 9 баллов), **б** – после дренирования сальниковой сумки, параколической клетчатки под УЗИ (стрелками отмечены места стояния дренажей) справа и слева (Balthazar E, МРТ-индекс 8 баллов), **в** – после лапаротомии, некреквестэктомии, дренирования сальниковой сумки, параколической клетчатки с обеих сторон (стрелки), уменьшение инфильтративных изменений в теле и хвосте ПЖ (Balthazar C, МРТ-индекс 7 баллов).

На рисунках 16 видно, что больному с ПН и наличием острых скоплений жидкости в сальниковой сумке, параколической клетчатке справа и слева первым этапом выполнено функционное дренирование под контролем УЗИ, после которого, однако потребовалось проведение лапаротомии, некрсеквестрэктомии. К моменту операции четко сформировались очаги некроза, что сделало возможным удаление максимального объема некротизированных тканей. Принятая в данном случае тактика позволила избежать «напрасных» релапаротомий, больной выздоровел.

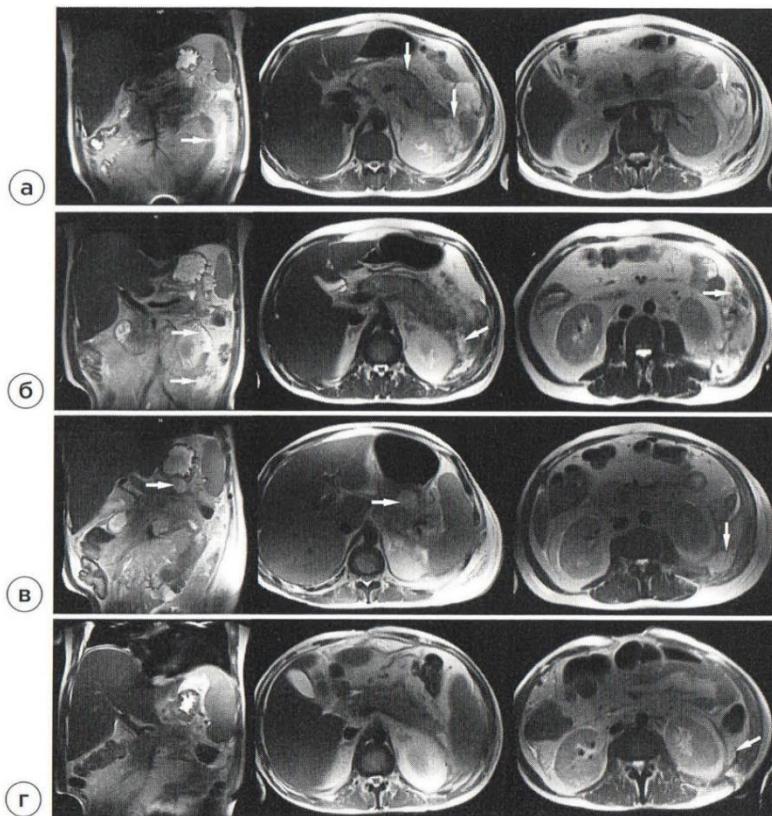


Рис. 17. МРТ. Панкреонекроз. а — поражение тела и хвоста ПЖ с ферментативным некрозом параколической клетчатки слева (Balthazar D, МРТ-индекс 7 баллов),

б — после дренирования параколической клетчатки слева под УЗИ (Balthazar D, МРТ-индекс 7 баллов), в — абсцесс ПЖ, флегмона параколической клетчатки слева (Balthazar E, МРТ-индекс 8 баллов), г — после лапаротомии, люмботомии слева (Balthazar C, МРТ-индекс 6 баллов).

На рисунках 17 и 18 видно, что у больного развился ПН тела, хвоста и некроз параколической клетчатки слева с образованием острого скопления жидкости, по поводу чего первым этапом лечения выполнено функционное дренирование под УЗИ параколической клетчатки слева. Несмотря на лечение у больного сформировалась абсцесс ПЖ и флегмона параколической клетчатки слева. Следующим этапом выполнена лапаротомия, люмботомия, санация и дренирование гнойных полостей. Исход лечения — выздоровление.

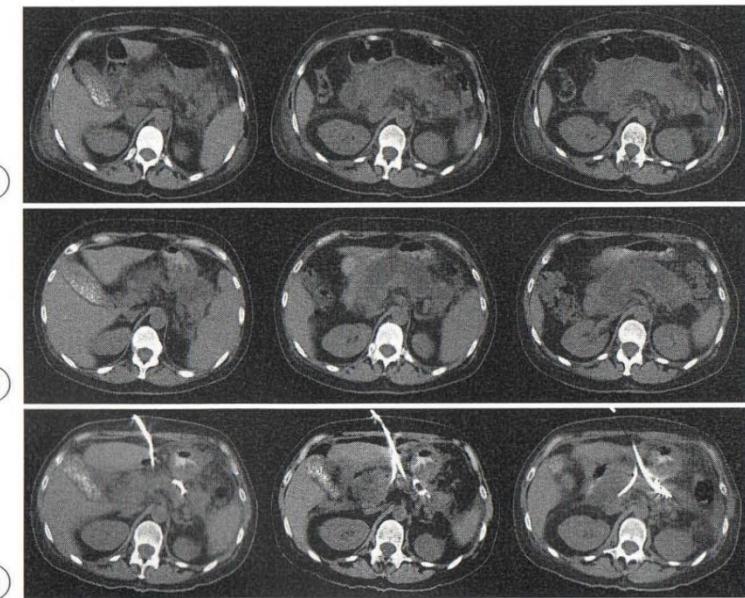


Рис. 18. СКТ. Билиарный панкреонекроз с поражением всех отделов ПЖ и формированием абсцесса. а — при поступлении: инфильтрация и отек, участки некроза ПЖ (Balthazar C, КТ-индекс 7 баллов), б — перед дренированием: абсцесс ПЖ (Balthazar D, КТ-индекс 9 баллов), в — после дренирования под контролем УЗИ: уменьшение инфильтративных изменений ПЖ (Balthazar C, КТ-индекс 8 баллов).

Когда, после первого этапа хирургического лечения состояние больного ухудшалось, то есть в течение последующих двух суток значения шкалы APACHE II повышались на 4 балла, то обязательно выполнялась контрольная СКТ. Если значение КТ — индекса Balthazar повышалось на 2–3 балла, то проводился второй этап хирургического лечения, при котором использовались первый или третий методы (рис. 19, 20).

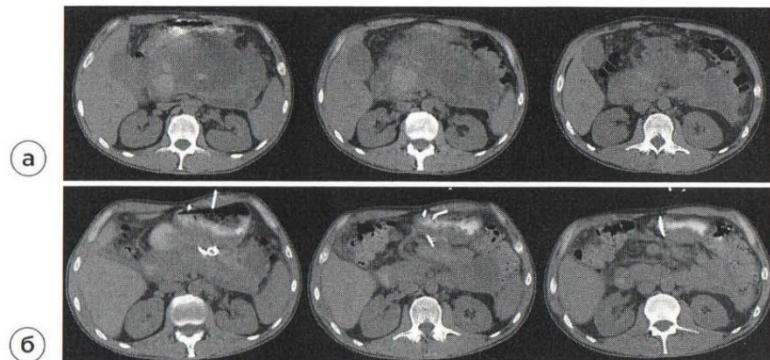


Рис. 19. СКТ. Панкреонекроз с формированием острых скоплений жидкости. **а** — до дренирования (Balthazar E, КТ-индекс 9 баллов), **б** — после дренирования под контролем УЗИ (Balthazar C, КТ-индекс 6 баллов).

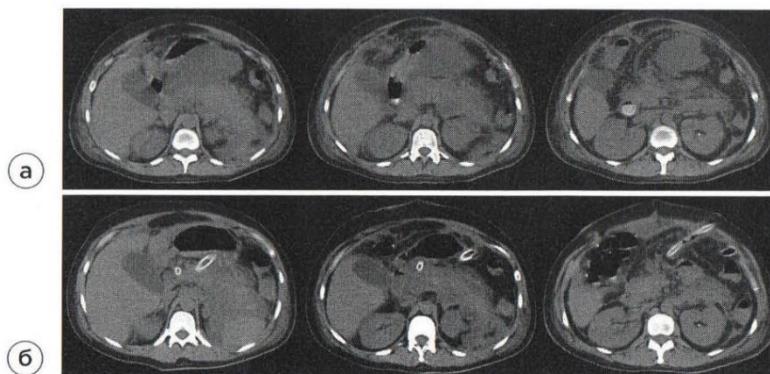


Рис. 20. СКТ. Тотальный панкреонекроз, гнойный оментобурсит. **а** — до операции (Balthazar D, КТ-индекс 9 баллов), **б** — после операции (Balthazar C, КТ-индекс 7 баллов).

Лечение:

Догоспитальный этап:

Формирование необратимых структурных изменений в поджелудочной железе в течение 6–12 часов при геморрагической форме и через 24 часа при жировом панкреонекрозе диктуют необходимость как можно более ранней госпитализации пациентов в хирургическое отделение.

Наблюдение на дому и амбулаторное лечение недопустимы.

Медикаментозная терапия на догоспитальном этапе может включать спазмолитики, холинолитики, антигистаминные препараты. При шоке проводится противошоковая терапия.

Больных с подозрением на панкреонекроз госпитализируют в реанимационное отделение, а с отечной формой панкреатита — в хирургическое отделение.

Госпитальный этап:

В хирургическом отделении кроме общепринятых клинических исследований проводят исследование активности панкреатических ферментов (амилаза, трипсин, липаза) в крови и моче (амилазы). Кроме того необходимо выполнить рентгенографию грудной клетки и брюшной полости, ЭГКГ, определить ОЦК, ЦВД, гематокрит, билирубин, мочевину, креатинин, сахар крови, желательно — электролиты крови, общий белок.

С целью ранней диагностики, а особенно верификации морфологических особенностей острого панкреатита и его ранних абдоминальных осложнений проводят: УЗИ поджелудочной железы и желчных путей, ЭГДС, лапароскопию. Помимо высокой информативности последние диагностические методы позволяют обеспечить билиарную декомпрессию путем наложения микрохолецистостомы, а также произвести папиллотомию или дренирование брюшной полости.

Консервативная терапия в первую очередь должна быть направлена на устранение болевого синдрома, обеспечение функционального покоя поджелудочной железы. Показано применение антигистаминных препаратов, антиферментов и антибиотиков, препаратов, улучшающих кровообращение, цитостатиков, форсированного диуреза.

Оперативное лечение в остром периоде не показано.

Указанная терапия обеспечивает стихание основных клинических симптомов и нормализацию лабораторных показателей в течение первых суток.

Выраженный болевой синдром, упорная рвота, мышечное напряжение брюшной стенки в эпигастральной области, сохранение значительной амилазурии в процессе проведения консервативной терапии практически достоверно свидетельствуют о развитии панкреонекроза. В этих случаях для уточнения диагноза показана лапароскопия.

Больного с явлениями панкреонекроза госпитализируют в отделение реанимации для проведения интенсивной терапии. Эта терапия включает:

- блокаду экзокринной панкреатической секреции (внутривенно, а по возможности регионарное введение в чревный ствол или аорту на уровне IX-X грудных позвонков 5-фторурацила из расчета 5 мг/кг веса больного или рибонуклеазы по 1-3 мг/кг веса);
- выведение ферментов из организма;
- коррекцию белково-электролитных и других нарушений путем введения солевых и белковых растворов, плазмы, лактасола;
- введение Сандостатина или его аналогов;
- антибактериальную терапию.

Наличие геморрагического или серозного выпота в брюшной полости, выявленного при лапароскопии, является показанием для проведения перitoneального диализа или лаважа. В течение суток проводят 4-6 сеансов. Продолжительность перitoneального диализа составляет 3-4 дня. Применяют также экстракорпоральные методы детоксикации — гемосорбцию, плазмаферез.

Проводят антиферментную терапию в течение 5-7 дней (Контрикал, Гордокс, Трасилол).

Лечение панкреонекроза в первые 5-10 дней — консервативное.

Оперативное вмешательство выполняют только по строгим показаниям: при невозможности уточнения при лапароскопии диагноза острого панкреатита и имеющегося бактериального перитонита панкреатогенной природы, при некупирующейся эндоскопическими методами механической желтухе.

К 6-8 дню от начала заболевания при панкреонекрозе у большинства больных отчетливо формируются постнекротические осложнения в виде инфильтрата в эпигастральной области, появления болей в левом реберно-позвоночном углу, нарастающей гипертермии.

На 10-30 день у больных при неблагоприятном течении заболевания может возникнуть абсцесс поджелудочной железы, сальниковой сумки, забрюшинная флегмона, сепсис (таблица 3). При подтверждении ука-

занных осложнений с помощью УЗИ, СКТ, клинических и лабораторных данных показано оперативное вмешательство — вскрытие и дренирование полости абсцесса, удаление дегрита и свободно лежащих секвестров. Оперативный доступ — срединная лапаротомия, дополненная разрезами в подреберьях и (или) люмботомией для дренирования.

Марсупиализация сальниковой сумки в настоящее время практически не применяется из-за малой эффективности и частых осложнений.

Таблица 3. Критерии диагностики сепсиса и классификация ACCP/SCCM (1992)

Патологический процесс	Клинико-лабораторные признаки
Синдром системной воспалительной реакции (SIRS) — системная реакция организма на воздействие различных сильных раздражителей (инфекция, травма, операция и др.)	Характеризуется двумя или более признаками из следующих: - температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$ или $\leq 36^{\circ}\text{C}$ - ЧСС $\geq 90/\text{мин.}$ - ЧД $> 20/\text{мин.}$ или гипервентиляция ($\text{PaCO}_2 \leq 32 \text{ мм рт. ст.}$) - Лейкоциты крови $> 12 \times 10^9/\text{мл}$ или $< 4 \times 10^9/\text{мл}$, или незрелых форм $> 10\%$
Сепсис — синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов	Наличие очага инфекции и два или более признака синдрома системного воспалительного ответа
Тяжелый сепсис	Сепсис, сочетающийся с органной дисфункцией, гипотензией, нарушениями тканевой перфузии. Проявлением последней, в частности, является повышенение концентрации лактата, олигурия, острое нарушение сознания
Септический шок	Сепсис с признаками тканевой и органной гипоперфузии и артериальной гипотонией, не устраняющейся с помощью инфузционной терапии и требующей назначения катехоламинов
Дополнительные определения	
Синдром полиорганной дисфункции	Дисфункция по двум и более системам органов
Рефрактерный септический шок	Сохраняющаяся артериальная гипотония, несмотря на адекватную инфузию, применение инотропной и вазопрессорной поддержки

Глава 4.

УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА

По локализации ущемленные грыжи подразделяются на паховые, бедренные, пупочные, грыжи белой линии живота, послеоперационные и редкие формы грыж (спигелиевой линии, внутренние грыжи и др.)

Виды ущемления: эластическое, каловое, пристеночное, ретроградное. В зависимости от осложнений выделяют грыжи с некрозом ущемленного органа, флегмоной грыжевого мешка, образованием кишечных свищей.

Догоспитальный этап:

Важным звеном в профилактической работе хирургической службы является плановая санация грыженосителей.

При подозрении на ущемленную грыжу обязателен осмотр грыжевых ворот. Ущемленная грыжа должна рассматриваться (при ущемлении петли кишки) как один из видов странгуляционной кишечной непроходимости, а больные с такой патологией подлежат немедленной госпитализации для экстренного оперативного вмешательства.

Введение аналгетиков и попытки вправления грыжи недопустимы.

Госпитальный этап:

В хирургическом отделении больной осматривается хирургом, ему проводят общепринятые методы исследования. Кроме того выполняют ЭКГ, определяют группу крови и резус-фактор, организуют осмотр смежными специалистами (терапевт, анестезиолог). При установленном диагнозе ущемленной грыжи экстренное оперативное вмешательство должно быть начато не позднее одного часа с момента поступления.

В случаях самопроизвольного вправления грыжи при транспортировке больные подлежат госпитализации в хирургическое отделение и динамическому наблюдению в течение суток.

Больные с большими сроками ущемления и тяжелыми сопутствующими заболеваниями подлежат немедленному переводу из приемного отделения в отделение реанимации для соответствующей коррекции показателей гомеостаза и предоперационной подготовки в течение 1,5–2 часов, после чего больной должен быть оперирован.

Оперативное вмешательство выполняют, как правило, под эндотрахеальным наркозом. В отличие от планового грыжесечения, при ущемлен-

ной грыже вначале производят вскрытие грыжевого мешка, фиксируют находящиеся в нем органы и лишь затем рассекают ущемляющее кольцо. При ущемлении петли кишки оценивается ее жизнеспособность по цвету серозного покрова, перистальтике, пульсации сосудов брыжейки. При ретроградном ущемлении обязательным является осмотр петель кишечника, находящихся в брюшной полости.

Объем операции определяется состоянием ущемленного органа. При жизнеспособном органе его вправляют в брюшную полость и осуществляют герниопластику в зависимости от локализации грыжи. При небольшом объеме некроза сальника производят его резекцию из герниотомического доступа, после чего выполняют герниопластику наименее простым способом.

При флегмоне грыжевого мешка вначале выполняют лапаротомию, ревизию органов брюшной полости, резекцию нежизнеспособного участка кишки и наложение межкишечного анастомоза (при ущемлении тонкой кишки). После отграничения брюшной полости марлевыми тампонами, производят грыжесечение, удаляют некротизированный орган, санируют флегмону. Герниопластику не производят, рану тампонируют марлевыми тамponами с растворами антисептиков.

При некрозе ущемленной петли толстой кишки операцию заканчивают наложением колостомы.

При больших послеоперационных многокамерных грыжах рассекают ущемляющее кольцо, разделяют сращения и вправляют содержимое грыжевого мешка в брюшную полость (если это содержимое жизнеспособно). При больших дефектах апоневроза и тяжелом общем состоянии больного пластику апоневроза не производят.

Глава 5.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Классификация: катаральный, флегмонозный, гангренозный, перфоративный. Деструктивные формы острого холецистита нередко сопровождаются местным перитонитом.

При объективном подтверждении холецистолитиаза диагноз формулируется как острый калькулезный холецистит. Каждый приступ холецистита, независимо от длительности страдания желчно-каменной болезни, следует расценивать как острый холецистит.

В диагнозе обязательно должны быть отражены другие осложнения желчно-каменной болезни (если таковые имеются) — холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха и др.

Диагноз «холецистопанкреатит» должен быть расшифрован, например: острый флегмонозный холецистит, острый панкреатит, отечная форма; панкреонекроз и др.

Догоспитальный этап:

Все больные с клинической картиной острого холецистита подлежат экстренной госпитализации в хирургическое отделение. В качестве первой помощи применяются спазмолитические препараты.

Госпитальный этап:

В хирургическом отделении после осмотра хирурга больному выполняются общие анализы крови и мочи, определяется диастаза мочи. При подозрении на механическую желтуху берутся биохимические анализы на билирубин, печеночные пробы, определяются желчные пигменты в моче. Необходимо также снять ЭКГ, определить группу крови и резус фактор.

Для уточнения диагноза выполняют специальные методы исследования — УЗИ, лапароскопию.

При остром катаральном холецистите проводят консервативную терапию в течение 24–48 часов, а при отсутствии эффекта или прогрессировании заболевания оперируют больного.

В случаях острого флегмонозного холецистита при отсутствии симптомов местного или разлитого перитонита проводят консервативное лечение в течение 12–24 часов, а при отсутствии эффекта от него оперируют больного.

Экстренная операция показана при остром гангренозном холецистите и остром флегмонозном холецистите с явлениями перитонита.

Холецистэктомию производят под эндотрахеальным наркозом, а у больных пожилого и старческого возраста с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний возможно применение перидуральной анестезии.

Операцию выполняют из верхне-срединного или правого паракостального доступа. Желчный пузырь по возможности удаляют «от шейки» с раздельной перевязкой пузирной артерии и пузирного протока. При наличии выраженной инфильтрации в области гепатодуоденальной связки и в области шейки желчного пузыря холецистэктомию выполняют «от дна» или атипично (со вскрытием просвета желчного пузыря).

Во всех случаях при холецистэктомии следует проводить ревизию вне-печеночных желчных путей с помощью интраоперационной холангиографии или УЗИ.

Холедохотомия показана при наличии конкрементов в общем желчном протоке, холангите, стенозе терминального отдела холедоха. Выполненная по поводу холедохолитиаза она может быть завершена дренированием:

- через культю пузирного протока после ушивания холедохотомического отверстия наглухо;
- через холедохотомическое отверстие (по Керу, Вишневскому и др.) при множественных мелких камнях и проходимости большого дуоденального сосочка.

Оперативные вмешательства на желчных путях заканчивают дренированием подпеченочного пространства по типу дренажа Спасокукоцкого, который выходит через отдельный прокол брюшной стенки в правом подреберье. Удаляют дренаж при неосложненном течении на 2–3 день.

Введение тампонов показано только при неостановленном капиллярном кровотечении из ложа желчного пузыря, неустойчивом гемостазе или с целью ограничения полости перивезикального абсцесса от свободной брюшной полости.

Дренаж из холедоха удаляют на 10–14 день после контрольного рентгенологического исследования.

Показания к лапароскопической холецистэктомии изложены в приказе Федерального управления от 13.05.96. № 40а «Об оказании центров эндоскопической хирургии», которым следует руководствоваться.

Глава 6.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Острая кишечная непроходимость — это заболевание, характеризующееся частичным или полным нарушением пассажа содержимого по желудочно-кишечному тракту.

Классификация: странгуляционная (узлообразование, заворот, ущемление), обтурационная (опухоли, инородные тела, желчные и каловые камни), смешанная (инвагинация, спаечная кишечная непроходимость). Спаечная кишечная непроходимость может протекать по типу обтурационной (что наблюдается чаще) или странгуляционной.

По течению острую кишечную непроходимость можно условно разделить на три стадии, учитывая, что первая стадия для странгуляционной и обтурационной непроходимости имеет различную клиническую симптоматику.

У больных со странгуляционной непроходимостью первая стадия проекает бурно и носит название «шоковой» — схваткообразные боли, тошнота, рвота, неотхождение кала и газов, асимметричное вздутие живота, усиленная резонирующая перистальтика. Рентгенологически — пневматоз кишечника. Длительность первой стадии от 2 до 12 часов.

При обтурационной кишечной непроходимости первая стадия — кишечного дискомфорта, сухости во рту, потери аппетита, тошноты, метеоризма, отмечается чередование поносов с запорами или нормальный стул, чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации. Рентгенологически — пневматоз кишечника. Длительность стадии колеблется в широких пределах.

Вторая стадия, длительностью 12–36 часов с момента окончания первой стадии, по клиническим проявлениям характерна как для странгуляционной, так и для обтурационной кишечной непроходимости. Боли носят постоянный характер, пульс учащен, артериальное давление снижено, язык сухой, живот вздут, асимметричен, нет усиленной перистальтики. При аусcultации определяются «шум падающей капли», менее четко просматривается симптом Валя. Рентгенологически — «чаши» Клейбера, уровни жидкости, складки слизистой в виде поперечной исчерченности кишечной арки (рис. 21).

Третья стадия — терминальная, с характерными для нее клиническими симптомами.

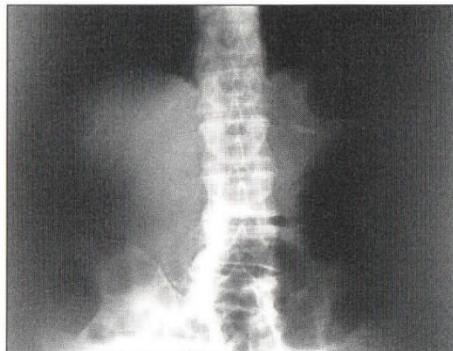


Рис. 21.
Рентгенологическая картина
при ОКН.

• **Догоспитальный этап.**

Больные с явлениями острой кишечной непроходимости (боли в животе, рвота, задержка газов и стула) немедленно должны быть направлены в хирургический стационар для обследования. **Применение препаратов анальгетического и наркотического действия противопоказано.**

Перед транспортировкой необходимо эвакуировать содержимое желудка с помощью зонда.

Госпитальный этап.

В хирургическом отделении больного осматривает хирург, производят общепринятые исследования (термометрия, анализы крови и мочи), определяют электролиты крови, КЩС, группу крови и резус-фактор, выполняют рентгенографию грудной клетки и брюшной полости.

Обзорное полипозиционное рентгенологическое исследование органов брюшной полости проводится в вертикальном, горизонтальном положениях и боковой проекциях. При подозрении на толстокишечную непроходимость вопрос о выполнении ирригоскопии в срочном порядке решается совместно хирургом и рентгенологом. В ряде случаев при толстокишечной непроходимости с дифференциально-диагностической целью целесообразно провести экстренную колоноскопию. В таком случае вопрос о ее проведении решается хирургом и эндоскопистом. В сомнительных случаях диагноз тонкокишечной непроходимости ставят или отвергают на основании рентгенологического контроля за продвижением контраста по кишечнику.

Лечение больных с установленным диагнозом кишечной непроходимости требует дифференцированного подхода, в зависимости от стадии и тяжести состояния больного.

Консервативная терапия включает:

- Декомпрессию и промывание желудка через назогастральный зонд;
- Сифонную клизму;
- Коррекцию водно-электролитных и белковых нарушений;
- Антибактериальную терапию.

Медикаментозная стимуляция кишечника допускается только при паралитической кишечной непроходимости (обычно послеоперационной).

Эффективность консервативных мероприятий оценивается клинически и при проведении повторного рентгенологического исследования брюшной полости. Продолжительность консервативных мероприятий не должна превышать двух часов, а при опухолевой природе этот срок может быть увеличен до 4–6 часов.

Оперативное вмешательство по срокам выполняют в экстренном (неотложном), срочном или плановом порядках (после разрешения явлений кишечной непроходимости). Последние имеют несомненные преимущества своим радикализмом и сопровождаются наименьшей летальностью и осложнениями.

Экстренные (неотложные) операции (в первые 2–6 часов после поступления) проводят при неэффективности консервативной терапии или при ясном диагнозе и поздних сроках поступления больного после кратковременной предоперационной подготовки, направленной на дезинтоксикацию и стабилизацию гемодинамики.

Срочные операции (в первые 2–3 суток с момента госпитализации) выполняют после полного комплекса необходимых диагностических исследований на фоне частичного разрешения только обтурационной непроходимости консервативным путем. Основной частью оперативного вмешательства является удаление опухоли без восстановления непрерывности кишечного тракта в связи с опасностью возникновения недостаточности швов анастомоза.

Операцию при острой кишечной непроходимости проводят под эндотрахеальным наркозом. Минимум за 30 минут до начала операции должно быть начато внутривенное введение антибактериальных препаратов широкого спектра действия в сочетании с Метрогилом.

Перед подачей больного в операционную ему обязательно опорожняют желудок толстым зондом.

Операционный доступ – средне–срединная лапаротомия. По вскрытии брюшной полости существует следующая последовательность выполнения хирургических манипуляций:

- Взятие экссудата для бактериологического исследования;
- Ревизия органов брюшной полости, определение уровня непроходимости и жизнеспособности петли кишечника;
- Введение в корень брыжейки 120–150 мл 0,25% раствора новокаина;
- По возможности устранение причины непроходимости.

При некрозе тонкой кишки производят резекцию в пределах жизнеспособных тканей, отступя от зоны некроза в приводящем отделе петли 30–40 см, в отводящем – не менее 20 см. Завершают резекцию формированием межкишечного анастомоза «бок–в–бок».

При всех видах острой кишечной непроходимости в конце операции следует осуществить назоинтестинальную интубацию всей тонкой

кишки длинным зондом типа Миллера–Эббота, который удаляют после появления устойчивой перистальтики и самостоятельного отхождения газов и стула.

При обтурационной непроходимости и тяжелом состоянии больного проксимальнее опухоли накладывают двустороннюю колостому, санируют и дренируют брюшную полость. Оптимально следует стремиться к удалению опухоли, но без первичного восстановления кишечной непрерывности. Предпочтительным способом разгрузки кишечника при непроходимости, вызванной опухолью слепой кишки, является наложение временной полной ileostomy в виде хоботка (по методу Брука или Торнбала). Такая ileostomy может быть самостоятельной операцией (при невозможности удаления опухоли в первый этап лечения) или является заключительным моментом правосторонней гемиколэктомии.

Цекостома допустима при неотложных операциях по поводу стенозирующей опухоли печеночного изгиба и проксимальной части поперечной ободочной кишки.

При более дистальных локализациях опухоли всегда следует накладывать концевую или двустороннюю колостому с полным отключением пассажа содержимого в дистальном направлении. Выполняют разгрузочную петлевую колостому со шпорой. А при возможности – удаление опухоли (операции типа Микулича или Гартмана).

Второй этап оперативного лечения у больных с не удаленной операбельной опухолью обычно производят через 3–4 недели. В остальных случаях (после удаления опухоли на первом этапе) восстановление непрерывности кишечника производят через 4–6 месяцев.

Острая непроходимость кишечника, обусловленная новообразованием, подробно не рассматривается в этом разделе, т.к. не относится к острой хирургической патологии органов брюшной полости, а классифицируется как злокачественное новообразование кишечника.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Атлас абдоминальной хирургии: Т.3. Хирургия тонкой и толстой кишки, прямой кишки и анальной области: пер. с англ./ Э.Итала — М.: Мед. лит., 2008.—448с.
2. Винд Г.Дж. Прикладная лапароскопическая анатомия: брюшная полость и малый таз/ Пер. с англ. под ред. д.м.н., проф. А.Н. Лызикова, д.м.н., проф. О.Д. Мядельца — М.: Медицинская литература, 1999. — 384с.
3. Калитеевский П.Ф. Болезни червеобразного отростка. Медицина, 1970г. — 205с.
4. Колесов В.И. Острый аппендицит. Медгиз, 1959г. — 270с.
5. Кузин М.И. Хирургические болезни. 3-е изд. Медицина, 2002г. — 690с.
6. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н., Волков В.Г. Неотложная абдоминальная хирургия. Питер, 2002г. — 146с.
7. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. СПб, 2007г. — 60с.
8. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Триада-Х, 2004г. — 640 с.
9. Гринберг А.А., Михайлусов С.В., Тронин Р.Ю., Дроздов Г.Э. Диагностика трудных случаев острого аппендицита. Триада-Х, 1998. — 128с.
10. Ермолов А.С. Пинчук Т.П., Тетерин Ю.С. Выбор метода гемостаза при желудочно-кишечном кровотечении. Эндоскопическая хирургия, 2012. — N 3. — С.3-8.
11. Луцевич Э.В., Белов И.Н., Праздников Э.Н. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. // В сборнике «50 лекций по хирургии» под ред. Савельева В.С. — М.: Медика Медика, 2003, — С. 260-263.
12. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Натрошивили И.Г. Опыт применения малоинвазивных вмешательств с использованием лапароскопической техники при осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // В сборнике трудов научно-практической конференции, посвященной 70-летию со дня рождения проф. Ю.А. Нестеренко. — М., 2000. — С. 31-40

13. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни // В сборнике «50 лекций по хирургии» под ред. Савельева В.С. —М.: Издательство «Триада-Х», 2004. — С. 464-484.
14. Истомин Н.П., Агапов К.В., Егоров М.С., Дзукгоева Ф.А. Оценка эффективности использования КТ-индекса Balthazar и шкалы Apache II в динамике хирургического лечения больных с панкреонекрозом. // Вестник новых медицинских технологий. — 2010. — том 17. - №4. — С. 66-69.
15. Багненко С.Ф. Малоинвазивные технологии в лечении тяжелых форм острого панкреатита в различные периоды заболевания. / Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Рухляда Н.В. и др. // Вестник хирургии. — 2002. — Том 161. — № 6. — С. 30-33.
16. Гельфанд Б.Р. Прокальцитониновый тест в комплексной оценке тяжести состояния больных с деструктивным панкреатитом. / Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. и др. // Интенсивная терапия. — 2006. — №1. — С. 28.
17. Данилов М.В. Дискуссионные вопросы хирургии острого деструктивного панкреатита. / Данилов М.В. // Анналы хирургической гепатологии. — 2001. — том 1. — С. 125-130.
18. Кубышкин В.А. Панкреонекроз. / Кубышкин В.А. // Анналы хирургической гепатологии. — 2000. — том 5. — № 2. — С. 67-69.
19. Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. — Волгоград.: 2000. — 327 С.
20. Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита (издание 2-е). / Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлусов С.В. // М.: ООО «БИНОМ-ПРЕСС», 2004. — С 304.
21. Савельев В.С. Деструктивный панкреатит. Доказательные методы диагностики и лечения. / Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. и др. // Методические рекомендации. — М. 2009. — С. 8.
22. Федоров В.Д. // Руководство для врачей. — М.: Медицина. — 2003. — С. 424.
23. Диагностика и комплексное лечение панкреонекроза / Истомин Н.П., Иванов Ю.В., Агапов К.В., Соловьев Н.А. // Научное издание Издательство Рестарт, М; 2009. — 263с.
24. Balthazar E.J. Imaging of the pancreas. Acute and chronic pancreatitis. /Balthazar E.J., Megibow A.J., Pozzi Mucelli R.// Springer. — 2009. — P.64 — 65.