

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ КОНСПЕКТИВЫ ЛЕКЦИЙ

 EKSMO
EDUCATION



**ХИТ
сезона**

ЭКЗУМЕН В КАРМАНЕ

Хирургические болезни: конспект лекций

«Научная книга»

Хирургические болезни: конспект лекций / «Научная книга»,

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

Содержание

ЛЕКЦИЯ № 1. Заболевания пищевода	6
Функциональные заболевания	7
Дивертикулы пищевода	8
Инородные тела	9
Ожоги пищеварительного тракта	10
Рак пищевода	12
ЛЕКЦИЯ № 2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	13
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	14
Стеноз привратника	16
Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	18
Острые гастродуоденальные кровотечения	20
Поздние осложнения после операций на желудке	22
Рак желудка	23
ЛЕКЦИЯ № 3. Заболевания толстого кишечника и прямой кишки	25
Доброкачественные опухоли	28
Дивертикулы	29
Неспецифический язвенный колит	30
Рак ободочной кишки	32
Геморрой	36
Проктит	38
Трещины заднего прохода	39
Конец ознакомительного фрагмента.	40

Татьяна Селезнева
Конспект лекций по
хирургическим болезням

Публикуется с разрешения правообладателя ЛА «Научная книга»

ЛЕКЦИЯ № 1. Заболевания пищевода

Краткие анатомо-физиологические характеристики. Различают три отдела пищевода – шейный, грудной и брюшной. Общая длина его в среднем равна 25 см. Пищевод фиксирован лишь в шейном отделе и в области диафрагмы, остальные его отделы довольно подвижны как в вертикальном, так и в боковых направлениях. Он имеет три сужения: в начальном отделе, на уровне бифуркации трахеи и при переходе через диафрагму.

Кровоснабжение шейного отдела пищевода осуществляется ветвями нижних щитовидных артерий, в средней трети – из бронхиальных и непарных, идущих непосредственно из аорты, мелких пищеводных артерий, и внизу – из пищеводных ветвей левой желудочной артерии и диафрагмальных артерий.

В области пищевода имеются венозные анастомозы между воротной веной печени и верхней полой веной.

Физиологическая функция пищевода складывается главным образом из произвольного и непроизвольного актов.

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

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

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

При **эзофагоскопии** можно осмотреть всю слизистую пищевода, а также кардиальный и субкардиальный отделы желудка, установить источник кровотечения, наличие дивертикулов, опухоли, взять участок опухоли для биопсии, с помощью фотоаппарата-насадки можно получить черно-белые и цветные фотографии.

Классификация заболеваний пищевода

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

2. Инородные тела пищевода.

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

4. Дивертикулы пищевода.

5. Ожоги пищевода.

6. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода.

7. Рак пищевода.

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

Функциональные заболевания

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

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

Кардиоспазм разделяют на три стадии: первая – непостоянный спазм кардии, вторая – гипертоническая и третья – атоническая.

При многолетнем течении кардиоспазм не склонен переходить в рубцовый стеноз кардии, если болезнь не осложняется химическими или термическими повреждениями (алкоголь, острые, соленые, кислые блюда, горячая пища и др.), а также значительными надрывами стенки пищевода при кардиодилатации.

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

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

Дивертикулы пищевода

Ограниченное расширение просвета пищевода в виде мешковидного выпячивания его стенки.

В основе классификации дивертикулов лежат их локализация и механизм возникновения.

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

Диагноз дивертикула ставят на основании клинической картины и главным образом рентгенологического исследования. Дополнительные данные дает эзофагоскопия.

Радикальный метод лечения дивертикулов – хирургический. Операции подлежат дивертикулы II и III стадии и особенно осложненные.

Инородные тела

Чаще всего инородные тела попадают в пищевод случайно, при поспешной еде. В подавляющем большинстве это различные кости, зубные протезы и другие предметы. **Клиническая картина** заболевания зависит от величины, формы и характера инородного тела, от уровня его нахождения и длительности пребывания в пищеводе, степени повреждения пищевода.

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

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

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

Ожоги пищеварительного тракта

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

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

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

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

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

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

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

При отравлении кислотами (уксусной, соляной, серной и др.) для нейтрализации можно применять 2%-ный раствор обычной пищевой соды, жженую магнезию. При отравлении щелочами (едким натром, каустической содой) – раствор столового уксуса, разведенного напополам водой, 1%-ный раствор лимонной кислоты.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Рак пищевода

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Противопоказания к радикальному хирургическому лечению рака пищевода:

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

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

ЛЕКЦИЯ № 2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки

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

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

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

Желудок состоит из следующих отделов: кардиального, дна, тела, антрального отдела и привратника.

Стенка желудка состоит из серозной, мышечной, подслизистой и слизистой оболочек. Серозная оболочка, переходя на соседние органы, образует связочный аппарат желудка.

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

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

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

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

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

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

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

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

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

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

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

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

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

К абсолютным показаниям относятся перфорация (прободение) язвы, неостанавливаемое кровотечение, органический стеноз привратника с нарушением эвакуации из желудка, подозрение на превращение язвы желудка в рак.

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

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

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

Из существующих методов гастроэнтеростомии в настоящее время применяют переднюю впередиободочную и заднюю позади-ободочную гастроэнтеростомию. При первой операции тонкая кишка подводится к желудку впереди поперечно-ободочной кишки и подшивается к передней стенке желудка. Во избежание «порочного круга» между приводящей и отводящей петлями тонкой кишки накладывается межкишечный анастомоз по Брауну. При второй операции тонкую кишку подшивают позади поперечно-ободочной кишки к задней стенке желудка.

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

Резекция желудка. Состоит в удалении части желудка. По объему удаляемой части желудка различают резекцию одной трети, половины и двух третей. Удаление всего желудка,

за исключением кардиального его отдела и свода, называют субтотальной резекцией, а полное удаление желудка вместе с кардией и привратником – тотальной резекцией или гастрэктомией.

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

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

Выделяются пять видов ваготомий:

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

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

Стеноз привратника

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

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

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

В компенсированной стадии пилоростеноз не проявляется сколько-нибудь выраженными клиническими признаками. Общее состояние таких больных обычно страдает мало. Они отмечают чувство тяжести и полноты в подложечной области, преимущественно после обильного приема пищи. У некоторых больных бывают отрыжки кислым, а иногда и рвота. При исследовании желудочного содержимого обнаруживается гиперсекреция. В этой стадии диагностика пилоростеноза сложна. При рентгенологическом исследовании желудок представляется гипертоничным, эвакуация контрастной массы протекает своевременно.

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

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

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

У больных нарушается водно-солевой обмен, снижается диурез, содержание хлоридов в крови и моче, приводящее к сгущению крови, что не соответствует истинному состоянию алиментарного истощения, исхудания и анемизации. Нарушение почечного кровотока вызывает альбуминурию и азотемию. Наступают изменения нервно-мышечной возбудимости с симптомами акушерской руки, тризма и общих судорог (желудочная тетания).

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

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

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

Пилороспазм. Сущность этого процесса обусловлена длительным спазмом привратника. Для отличия пилороспазма от пилоростеноза применяют дифференциально-диагностический прием. За 3 – 5 дней до рентгенологического исследования больному делают двустороннюю паранефральную блокаду 0,25%-ным раствором новокаина, подкожно 0,1 % атропин по 1 мл 2 раза в сутки, промывание желудка. При таком диагностическом приеме явления пилороспазма снимаются.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

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

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

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

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

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

Прободную язву желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать от острого аппендицита, острого холецистита, острого панкреатита, кишечной непроходимости и других заболеваний внебрюшинной локализации, симулирующих «острый живот» (плевропневмония, инфаркт миокарда, печеночная и почечная колика и т. д.).

Больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки при установлении диагноза необходимо срочно оперировать.

В настоящее время при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки применяют две операции – резекцию желудка и ушивание прободного отверстия. В некоторых случаях проводят тотальную гастрэктомию.

Показания к резекции желудка:

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

Противопоказания к резекции желудка:

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

Показания к ушиванию язвы:

- 1) острая безанамнезная язва с мягкими краями и без воспалительного инфильтрата;
- 2) тяжелое общее состояние вследствие распространенного острого перитонита;

- 3) юношеский возраст при перфорации простой язвы;
- 4) пожилой возраст, если нет других осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечение, опасность ракового превращения язвы).

Острые гастродуоденальные кровотечения

Гастродуоденальные (желудочно-дуоденальные или желудочно-кишечные) кровотечения могут возникнуть внезапно среди полного здоровья или сопутствовать предшествующим им заболеваниям. Это грозные, нередко смертельные осложнения ряда заболеваний. **Клиническая картина** острых гастродуоденальных кровотечений в основном зависит от их этиологии и степени кровопотери.

Первые признаки гастродуоденальных кровотечений: общая слабость, головокружение, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, тахикардия, сердцебиение и снижение артериального давления. В некоторых случаях может развиваться коллапс с относительно короткой потерей сознания: лицо становится бледным, кожа приобретает восковидный оттенок и покрывается холодным потом, зрачки расширяются, губы цианотичны, пульс нитевидный, частый, иногда не сосчитывается.

Одним из основных признаков гастродуоденальных кровотечений является кровавая рвота (гематемезис) типа кофейной гущи, которая сопровождает желудочные и пищеводные кровотечения и чрезвычайно редко – дуоденальные. Такая рвота чаще всего возникает через несколько часов (иногда через 1 – 2 дня) от начала кровотечения при переполнении желудка кровью. В некоторых случаях она может отсутствовать, и кровь выделяется из желудочно-кишечного тракта в виде дегтеобразного стула. Чаще всего это бывает при кровотечении из двенадцатиперстной кишки или при необильном кровотечении из желудка, если он успевает опорожниться от кровавого содержимого через зияющий привратник.

Кровавая рвота типа кофейной гущи объясняется образованием в желудке солянокислого гематина, а дегтеобразный стул (мелена) – образованием в кишечнике сернокислого железа из гемоглобина (под влиянием ферментов).

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

Важные объективные данные для диагностики острых гастродуоденальных кровотечений дает неотложное рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, оно не отягощает состояния больных, диагностически эффективно и у подавляющего большинства больных дает ясное представление об источнике кровотечения.

Все более широкое применение в дифференциальной диагностике гастродуоденальных кровотечений находят фиброгастроскопия и фибродуоденоскопия. Особую роль играет фиброгастроскопия в распознавании острых поверхностных поражений слизистой оболочки желудка, при которых рентгенологическое исследование мало результативно.

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

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

Решить первый вопрос помогают анамнез, лабораторные, рентгенологические и эндоскопические методы исследования. Для оценки тяжести состояния больного, решения тактических вопросов применяют зондирование желудка. Выделение крови через желудочный зонд

указывает на продолжающееся желудочное кровотечение, отсутствие крови в желудке свидетельствует о том, что желудочное кровотечение остановилось.

Все больные с гастродуоденальными кровотечениями должны госпитализироваться в хирургический стационар.

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

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

Применение гемостатических средств необходимо контролировать по времени свертываемости крови, времени кровотечения, фибринолитической активности и концентрации фибриногена.

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

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

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

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

Поздние осложнения после операций на желудке

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

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

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

1. Функциональные расстройства:

- 1) демпинг-синдром;
- 2) гипогликемический синдром;
- 3) постгастрорезекционная астения;
- 4) синдром малого желудка, синдром приводящей петли (функционального происхождения);
- 5) пищевая (нутритивная) аллергия;
- 6) гастроэзофагальный и еюно– или дуоденогастральный рефлюксы;
- 7) постваготомная диарея.

2. Органические поражения:

- 1) рецидив язвы, в том числе пептической, и язвы на почве синдрома Золлингера – Эллисона, желудочно-кишечный свищ;
- 2) синдром приводящей петли (механического происхождения);
- 3) анастомозит;
- 4) рубцовые деформации и сужения анастомоза;
- 5) ошибки в технике операции;
- 6) постгастрорезекционные сопутствующие заболевания (панкреатит, энтероколит, гепатит).

Смешанные расстройства, главным образом в сочетании с демпинг-синдромом.

Рак желудка

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

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

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

В. В. Серов рассматривает следующие морфологические формы:

1) раки с преимущественно экзофитным экспансивным ростом:

а) бляшковидный рак,

б) полипозный или грибовидный рак (в том числе развившийся из полипа желудка),

в) изъязвленный рак (злокачественные язвы); первично-язвенная форма рака желудка (блюдеобразная или чашеобразная);

2) раки с преимущественно эндофитным инфильтрирующим ростом:

а) инфильтративно-язвенный рак,

б) диффузный рак;

3) раки с эндоэкзофитным смешанным характером роста (переходные формы).

К синдрому малых признаков Савитского А. П. относятся:

1) потеря интереса к окружающему, к труду, апатия, психическая депрессия, отчужденность;

2) появление у больных в течение последних нескольких недель или месяцев общей слабости, утомляемости, снижение трудоспособности;

3) прогрессивное похудание;

4) снижение аппетита, отвращение к пище или некоторым ее видам (мясо, рыба);

5) явления так называемого желудочного дискомфорта – потеря физиологического чувства удовлетворения от принятой пищи, ощущение переполнения и распираания желудка, тяжесть в эпигастральной области, отрыжка;

б) стойкая или нарастающая анемия.

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

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

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

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

В зависимости от локализации опухоли Е. Л. Березов рекомендует применять четыре вида резекции желудка: простую, т. е. простая резекция желудка, субтотальную, тотально-субтотальную и тотальную экстирпацию.

ЛЕКЦИЯ № 3. Заболевания толстого кишечника и прямой кишки

Краткая анатомо-физиологическая характеристика

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

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

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

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

Сигмовидная ободочная кишка (colon sigmoideum) представляет собой брыжеечную часть ободочной кишки, следующую за нисходящей. Она располагается в левой подвздошной ямке, начинаясь сверху и латерально на уровне заднего края crista ilei. Образовав две петли, она направляется вправо (медиально) и вниз, перегибаясь через пограничную линию, и вступает в полость малого таза, где на уровне III крестцового позвонка переходит в прямую кишку.

Прямая кишка состоит из ректосигмоидного отдела, ампулярного и анального.

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

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

Различают следующие заболевания ободочной кишки:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Контрастный завтрак, контрастная клизма, исследование рельефа слизистой, метод «двойного контраста» – этапы полноценного рентгенологического исследования. Их нельзя рассматривать как заменяющие или как конкурирующие методы. Однако из всех этих способов наибольший удельный вес имеет контрастная клизма, которую вводят под контролем экрана, с пальпаторным исследованием через переднюю брюшную стенку и рентгенограммами. Контрастная клизма – наилучший метод для уточнения расположения опухоли, она помогает хирургу в выборе оперативного доступа, в ориентировке при лапаротомии, а также в составлении плана оперативного вмешательства.

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

Колоноскопия. Дает возможность выявить патологические изменения ободочной кишки, является дополнительным и окончательным диагностическим методом, так как с помо-

щью операционного колоноскопа можно взять материал для гистологического исследования с любого отдела ободочной кишки.

Доброкачественные опухоли

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

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

Липомы. Характеризуются длительностью и бессимптомностью течения. В некоторых случаях они имеют широкое основание, обычно покрыты нормальной слизистой оболочкой. Липомы можно пропальпировать через переднюю брюшную стенку. Они имеют гладкую поверхность, свободно смещаются, часто являются причиной развития острой или хронической инвагинации. Ценные данные даст рентгенологическое исследование, однако иногда диагноз можно установить только во время операции.

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

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

Дивертикулы

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

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

Неспецифический язвенный колит

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

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

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

По симптоматике выделяют четыре стадии неспецифического язвенного колита:

1) ректальное кровотечение (кровь алая), стул нормальный, слизи нет (стадия «геморроя» и «трещин анального канала»);

2) через две недели усиливается появление крови в кале, слизь в большом количестве, учащенный стул (стадия «инфекционной больницы», или дизентерии);

3) на втором месяце нарастают явления интоксикации, отмечаются боли в животе, гектическая температура тела;

4) на третьем месяце заболевания стул учащается (10 – 80 раз в сутки), стул зловонный, в виде кровянистой раздражающей жидкости, непрерывные тенезмы, больной неопрятен, угнетен, наблюдается истощение подкожной клетчатки, бледность кожи и слизистых с иктеричным оттенком, гектическая температура тела, тахикардия, вздутие живота, сухой язык, олигурия, лейкоцитоз, пейтрофильный сдвиг лейкоцитной формулы влево, гипопроотеинемия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипоальбуминурия.

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

Осложнения неспецифического язвенного колита:

1) специфические – поражение кожи, суставов, глаз;

2) ассоциативные – нарушения гематологической картины, водно-электролитного баланса, всасываемости из тонкой кишки, изменение системы гемокоагуляции;

3) хирургические:

а) перфорация ободочной кишки;

б) массивные кишечные кровотечения (чаще ректосигмоидного угла);

в) острая токсическая дилатация ободочной кишки (токсический мегаколон);

4) поражения аноректальной области – стриктуры, свищи, анальные трещины.

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

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

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

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

Аспирационная биопсия устанавливает воспаление в слизистой кишки.

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

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

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

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

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

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

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

Так же проводят лечение, направленное на ликвидацию дисбактериоза.

Местное лечение – клизмы с марганцем, маслом шиповника, облепихи с ромашкой.

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

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

Оперативное лечение расчленяется на два этапа:

1) субтотальная колонэктомия с выведением илеостомы по Бруку;

2) илеосигмоанастомоз при санированной сигме и прямой кишке через 3 – 6 месяцев после первого этапа.

Рак ободочной кишки

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

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

Клиническое течение. Рак ободочной кишки характеризуется множеством симптомов, которые свойственны и другим патологическим процессам в органах брюшной полости, а также в забрюшинном пространстве. Среди признаков рака ободочной кишки нет каких-либо специфических.

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

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

Рак ободочной кишки делят по периодам заболевания:

- 1 Бессимптомный период (скрытое течение заболевания).
2. Период расстройства кишечника:
 - 1) вначале без выраженного нарушения прохождения кишечника, в том числе с компенсированным стенозом кишечного просвета, выявленным при рентгенологическом исследовании или на операционном столе;
 - 2) с выраженными нарушениями кишечной проходимости:
 - а) умеренной степени (длительные задержки);
 - б) относительно частичной;
 - в) острой (полной).
3. Период общих нарушений:
 - 1) с кишечными расстройствами;
 - 2) без кишечных расстройств.

Международная классификация (6 пересмотр). Эта классификация применяется для всех органов желудочно-кишечного тракта:

T – первичная опухоль.

TX – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

TO – первичная опухоль не определяется.

T in situ – преинвазивная карцинома.

T1 – опухоль инфильтрует стенку кишки до подслизистого слоя.

T2 – опухоль инфильтрует мышечный слой стенки кишки.

T3 – опухоль инфильтрует субсерозу или ткань перитонизированных участков кишки.

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

N – метастазы в регионарные лимфатические узлы.

NX – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

NO – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

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

M – метастазы в отдаленные органы.

MX – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

MO – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

M1 – имеются отдаленные метастазы.

Отечественная классификация

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

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

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

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

Диагностика. При диагностике рака ободочной кишки необходимо учитывать данные анамнеза, наружного осмотра, пальпации, ректороманоскопии, колоноскопии, рентгенологического и лабораторного исследований кала на явную и скрытую кровь.

При собирании анамнеза надо выяснить, отмечал ли больной явления кишечной непроходимости, если – да, то как они развивались, имелись ли кратковременные приступообразные боли в животе, наблюдалось ли при этом урчание, вздутие и пр. Необходимо выяснить форму кала, причины расстройства стула, наличие патологических выделений из прямой кишки.

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

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

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

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

Различные методы рентгенологического исследования ободочной кишки в подавляющем большинстве клинически неясных случаев опухолей ободочной кишки дают четкий ответ, что ставит рентгенологическое исследование на первое место среди других методов. Это исследование дает возможность не только поставить диагноз рака ободочной кишки, но и отличить его

от других заболеваний, которые считаются предраком. Раку ободочной кишки могут предшествовать множественные ворсинчатые опухоли в сочетании с аденоматозными полипами.

Рентгенологическое исследование необходимо проводить не только при подозрении на рак ободочной кишки, но и больным с длительными кишечными расстройствами неизвестной этиологии и с выраженными явлениями интоксикации, анемии, исхудания необъяснимого происхождения.

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

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

Дифференциальная диагностика. Рак ободочной кишки необходимо отличать от:

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

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

Если рак ободочной кишки не осложняется острой кишечной непроходимостью, где хирург вынужден делать операцию по срочным показаниям, то больным проводят тщательную предоперационную подготовку, учитывая их индивидуальные особенности. В предоперационной подготовке большое значение имеет диета. Пища должна быть высококалорийной, богатой витаминами, с малым количеством клетчатки (рубленое отварное мясо, молочный суп, масло, яйца, фруктовый сок, крем, рис, чистый шоколад, сухари, сухое печенье). Из пищи исключаются все трудно-перевариваемые и грубые продукты – картофель, капуста, грибы, фрукты и др.

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

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

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

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

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

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

Геморрой

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

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

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

В. Р. Брайцев различает четыре степени выпадения:

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

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

Кровотечение – одно из типичных и частых проявлений геморроя. Преимущественно дают кровотечение внутренние геморроидальные узлы. Оно чаще всего происходит при акте дефекации, когда анальное кольцо расслабляется, а давление в геморроидальных венах повышается (протекает безболезненно). Количество крови, теряемой при геморроидальных кровотечениях, может варьировать в различных пределах – от едва заметных следов в виде окрашенных полосок на каловых массах или скудного окрашивания туалетной бумаги до истечения струей. Повторные обильные кровотечения могут привести больного к анемии и резкому истощению.

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

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

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

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

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

Лечение геморроя может быть консервативным и оперативным.

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

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

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

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

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

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

В целях профилактики геморроя необходимо уделять внимание борьбе с запорами.

Проктит

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

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

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

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

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

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

Трещины заднего прохода

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

Начало заболевания может быть незаметным, постепенным или острым, внезапным. Больного беспокоит чувство жжения, давления, расширения, наличия инородного тела в прямой кишке с иррадиацией боли в промежность, мочевого пузыря, крестец, ягодицы, внутреннюю поверхность бедер. Боль наступает вскоре после акта дефекации и продолжается в течение многих часов.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.