

Василий Филиппович Гладенин

**Факультетская хирургия
Конспект лекций**

УДК 37.6
ББК 92
Г52

Гладенин В.Ф.

Г52 Факультетская хирургия / В.Ф. Гладенин. — М. : Т8
Издательские технологии / RUGRAM, 2020. — 202 с. —
(Полезные конспекты).

В пособии приводятся методы исследования и семиологии при хирургических заболеваниях отдельных органов и систем, а также дается описание основных заболеваний и их лечение. Для студентов высших медицинских учебных заведений, хирургов.

BIC JN
BISAC EDU000000

Лекция 1. Полипоз толстого кишечника. Клиника. Диагностика. Лечение

Полипы относятся к доброкачественным новообразованиям, исходящим из эпителия, склонным, однако, к малигнизации. Полипы могут быть одиночными и множественными. Чаще они имеют ножку и свисают в просвет прямой кишки, реже располагаются на прямом основании.

Выделяют следующие виды полипов толстой кишки:

1) *ювенильные полипы*. Наблюдаются чаще у детей. Поражается преимущественно слизистая оболочка прямой кишки. Полипы имеют вид «виноградной грозди» на ножке, с гладкой поверхностью и более интенсивной окраской, чем неизменная слизистая. Как правило, ювенильные полипы не малигнизируются;

2) *гиперпластические полипы* – мелкие образования, часто конусовидной формы. Общее строение слизистой оболочки прямой кишки остается неизменным, однако количество желез увеличивается, за счет чего создается впечатление об утолщении слизистой оболочки в виде полипа. Малигнизация происходит очень редко;

3) *аденоматоидные (железистые) полипы* наблюдаются гораздо чаще. Имеют вид опухоли округлой формы на ножке или без нее, с гладкой поверхностью. Представляют собой скопления кистозно расширенных желез. Часто малигнизируются, причем размеры полипа прямо пропорциональны частоте малигнизации;

4) *ворсинчатый полип (аденоангиома)* покрыт тонкими ворсинками. Часто малигнизируется.

Одиночные полипы существуют иногда бессимптомно либо проявляют себя выделением крови и слизи из прямой кишки, болями в животе, запорами, поносами, кишечным дискомфортом. Эти симптомы не

являются патогномоничными для полипов, поэтому для их выявления необходимо проведение пальцевого исследования прямой кишки, ректороманоскопии, ирригографии, колоноскопии. Биопсия полипов позволяет установить их гистологическую структуру.

Ворсинчатая опухоль представляет собой дольчатое образование с бархатистой поверхностью, розовато-красного цвета, на широком основании, выступающее в просвет кишки (узловая форма), либо распространяющееся по поверхности слизистой оболочки на большую площадь без изменения диаметра просвета (стелющаяся форма).

Склонность к малигнизации до 90%. Наиболее частая локализация – сигмовидная и прямая кишка.

Ворсинчатые опухоли толстой кишки проявляются выделением значительного количества слизи (до 1–1,5 л) при дефекации, кровотечениями из прямой кишки, а также болями в животе, запорами, поносами, кишечным дискомфортом.

Диффузный полипоз толстой кишки бывает истинным (семейным) и вторичным (как результат других поражений толстой кишки, например полипа). Частота малигнизации составляет 70–100%.

При диффузном полипозе толстой кишки характерны боли в животе без четкой локализации, понос, выделение крови и слизи с калом, похудание и анемия.

В диагностике имеют значение данные анамнеза, клинические симптомы, ректо–и колоноскопия, ирригография.

Лечение. Выбор метода должен быть строго индивидуализирован.

Одиночные полипы, а также ворсинчатые опухоли с хорошо выраженной ножкой и отсутствием малигнизации удаляют путем электрокоагуляции через ректо–или колоноскоп.

При локализации множественных полипов на ограниченном участке кишки производят резекцию пораженного участка.

При малигнизации ворсинчатой опухоли выполняют радикальную операцию, объем которой определяется локализацией опухоли (право–или левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки).

При диффузном семейном полипозе толстой кишки выполняют субтотальную колэктомию с наложением иморектального или имосигмоидного анастомоза.

Лекция 2. Неспецифический язвенный колит. Клиника. Осложнения. Показания к хирургическому лечению

Неспецифический язвенный колит – распространенное язвенное поражение слизистой оболочки прямой и ободочной кишки, характеризующееся затяжным течением и сопровождающееся тяжелыми местными и системными осложнениями. По–видимому, это аутоиммунный процесс, который сопровождается токсико–аллергическими и банальными инфекционными поражениями.

Неспецифический язвенный колит может протекать в острой или хронической форме. В свою очередь острая форма может быть молниеносной и обычной, а хроническая – рецидивирующей и непрерывной.

При молниеносной форме отмечаются понос (до 40 раз в сутки) с выделением крови и слизи, иногда – гноя, сильные боли по всему животу, тенезмы, рвота, высокая температура тела. Состояние больного тяжелое. Снижается артериальное давление, нарастает тахикардия. Живот вздут, при пальпации болезнен по ходу толстой кишки. В крови выявляется лейкоцитоз со сдвигом влево,

происходит снижение уровня гемоглобина, гематокрита, числа эритроцитов. В результате поноса быстро наступают значительная потеря массы тела, нарушения водно–электролитного обмена и кислотно–щелочного состояния, авитаминоз.

Острая форма неспецифического язвенного колита нередко сопровождается развитием тяжелых осложнений – массивного кровотечения, перфорации толстой кишки, токсической дилатации кишки. Острая форма заболевания встречается нечасто, но летальность при ней составляет до 90%.

У большинства людей отмечается *хроническая рецидивирующая форма* неспецифического язвенного колита, характеризующаяся сменой периодов обострений и ремиссий.

Обострение заболевания возникает после переутомления, эмоционального стресса, погрешности в диете, после приема некоторых лекарственных препаратов.

Клиника в период обострения напоминает таковую при острой форме процесса. Через некоторое время симптомы болезни стихают и наступает длительная ремиссия, во время которой больные, как правило, жалоб не предъявляют, лишь иногда могут отмечать неоформленный стул.

Для любой формы неспецифического язвенного колита характерно наличие анемии. При осмотре больного отмечается увеличение печени (жировая дистрофия вследствие токсемии). Тяжелое течение процесса сопровождается гипоальбуминемией, повышением уровня бета–и гамма–глобулинов. Поносы приводят к развитию обезвоживания и гипокалиемии. Нарушается витаминный обмен.

Деструкция стенки толстой кишки приводит к развитию грозных осложнений – к кровотечению,

перфорации, токсической дилатации кишки, стенозу и малигнизации.

Кровотечение может быть настолько сильным, что возникает необходимость экстренной операции. Перфорация кишки ведет к развитию перитонита. Перфорации нередко предшествует токсическая дилатация толстой кишки, при которой кишка резко вздувается, нарушается ее моторно-эвакуаторная функция. У больных появляются общая слабость, интоксикация, выраженная лихорадка, лейкоцитоз, задержка отхождения стула и газов. Токсическая дилатация может вести к перитониту даже без перфорации стенки толстой кишки.

Кроме того, неспецифический язвенный колит является предраковым заболеванием.

В диагностике имеют значение данные анамнеза, жалобы больного, результаты ректороманоскопии, ирригографии, колоноскопии.

Лечение неспецифического язвенного колита консервативное, комплексное и направлено на компенсацию обменных процессов, лечение осложнений и повышение регенеративных процессов в стенке толстой кишки. Больным назначают белковую диету, десенсибилизирующие и антигистаминные препараты, витамины, бактериостатические средства. Хорошие результаты дает лечение салазопиридазином, который обладает антимикробным и десенсибилизирующим действием. В тяжелых случаях применяют стероидные гормоны.

Хирургическое лечение показано при развитии осложнений, угрожающих жизни больного (профузное кровотечение, перфорация, токсическая дилатация кишки). Показания к оперативному лечению возникают также при непрерывном или рецидивирующем течении заболевания,

не поддающемся консервативной терапии, при развитии рака.

При токсической дилатации толстой кишки выполняют имо–или колоноскопию. В остальных случаях применяют резекцию пораженного отдела кишки, колэктомия или колопроктэктомия, завершающиеся наложением илеостомы.

Лекция 3. Дивертикулез ободочной кишки. Клиника. Диагностика. Лечение

Дивертикулезы ободочной кишки делятся на *врожденные* и *приобретенные*.

Врожденные дивертикулы развиваются вследствие нарушения гистогенеза в период эмбрионального развития.

Приобретенные дивертикулы возникают в результате выпячивания слизистой оболочки через дефекты в мышечной оболочке.

Наиболее часто дивертикулы локализуются в местах вхождения в стенку кишки кровеносных сосудов, а также между продольными мышечными лентами, где мышечный слой толстой кишки выражен слабее. Причиной, способствующими возникновению дивертикулов, являются воспалительные процессы в кишке, повышение внутрипросветного давления (при запорах), возрастные дистрофические изменения соединительно–тканых и мышечных элементов кишечной стенки.

Наиболее часто дивертикулы возникают в сигмовидной кишке и левой половине ободочной кишки.

По мере увеличения дивертикула происходят истончение его стенки, атрофия слизистой оболочки. Застой кала в дивертикуле влечет за собой образование эрозий, язв, развитие воспалительного процесса (дивертикулита).

Клинические проявления дивертикулеза отсутствуют. С развитием дивертикулита появляются боли внизу живота, неустойчивый стул, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота. Выраженное воспаление сопровождается субфебрилитетом и лейкоцитозом. Пальпация живота в зоне поражения вызывает резкую боль, отмечается умеренное напряжение мышц.

Клиническая картина весьма сходна с таковой при остром аппендиците, но все симптомы выявляются слева. На фоне дивертикулита может произойти перфорация дивертикула в свободную брюшную полость с развитием перитонита. При перфорации в забрюшинную клетчатку развивается ее флегмона.

Другим осложнением дивертикулита является формирование абсцессов в замкнутой полости дивертикула. Прорыв дивертикула в кишку ведет к выздоровлению. При прорыве абсцесса в брюшную полость развивается перитонит, в полый орган – внутренний свищ.

Длительно существующий дивертикулит ведет к возникновению спаечного процесса, вследствие чего нередко развивается кишечная непроходимость.

Иногда вследствие эрозии артериального ствола, расположенного у шейки дивертикула, возникает кровотечение.

Диагностика дивертикулеза основывается на данных анамнеза, результатах рентгенологического и колоноскопического исследований. Однако при дивертикулите выполнение этих исследований опасно в связи с возможностью перфорации дивертикула. В случае возникновения кровотечения ирригоскопия может применяться и как лечебный метод, обеспечивая тампонирующее бариумом полости дивертикула с кровоточащим срезом.

Лечение дивертикулеза преимущественно консервативное и направлено на нормализацию стула и снятие спастических и воспалительных изменений толстой кишки. В связи с этим больному назначают диету, спазмолитики, антибиотики, сульфаниламиды, теплые клизмы с растворами антисептиков. Показаниями к хирургическому лечению являются перфорация дивертикула, развитие кишечной непроходимости, внутренних свищей, массивное кровотечение, выраженный дивертикулит с частыми обострениями при неэффективности консервативного лечения. При дивертикулите толстой кишки удаляют пораженный участок кишки (гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки).

Лекция 4. Тазовый абсцесс. Клиника. Диагностика. Лечение

Абсцесс малого таза встречается сравнительно часто, чему способствует стекание экссудата, крови и гноя в нижние отделы брюшной полости. Основными причинами его развития являются *острый деструктивный аппендицит*, в ходе оперативного лечения которого брюшная полость была недостаточно осушена, гнойные гинекологические заболевания. Несколько реже тазовый абсцесс является следствием перенесенного *разлитого гнойного перитонита*.

Клиника и диагностика. Больные предъявляют жалобы на постоянные интенсивные боли в нижней части живота, тенезмы. При выраженной воспалительной инфильтрации стенки прямой кишки и мочевого пузыря отмечаются недержание кала и газов, дизурия. Температура значительно колеблется в течение дня (на 2–3 °С), повышена до 39 °С. При пальпации живота передняя