Билет № 1.

1.Червеобразный отросток отходит от слепой кишки на месте схождения трех лент. Длина червеобразного отростка в среднем 7-10 см. Диаметр отростка 4-5 мм. У места впадения червеобразного отростка в слепую кишку имеется складка слизистой оболочки - заслонка Герлаха. Она препятствует поступлению кишечного содержимого в отросток. В подслизистом слое много лимфоидных клеток. Кровоснабжение: аппендикулярная артерия отходящая от подвздошной толстокишечной. Иннервация: из верхнего брыжеечного сплетения. Отток лимфы: в лимфоузлы у илеоцекального угла. У места впадения подвздошной кишки в слепую имеется баугиниева заслонка. Слепая кишка расположена интраперитонеально, Иногда она даже имеет свою брыжейку, но может располагаться мезоперитонеально. Расположение отростка: к желчному, к пр почке, к брыжейке тонкой кишки, к подвздошной кишке, к сигмовидной, к матке, к мочевому, к вн паховому кольцу. Может распологаться позади слепой кишки-ретроцекально, ходить позади брюшины- ретроперитонеально. Аппендицит- это воспалительное заболевание червеобразного отростка слепой кишки.

Этиология и патогенез: Инфекционная теория Ашофа, нейрорефлекторная теория, Аллиментарная теория, теория замкнутых полостей, анатомические факторы, Полиэтиологическая.

В результате деструкции нервно-мышечного аппарата (из-за сенсибилизации-аллергический компонент; рефлекторный путь -болезни желудка; непосредственное раздражение - инородные тела) отростка нарушается кровообращение и это ведет к трофическим изменениям. В отростке происходит отек его стенки. Выход из червеобразного отростка закрывается, отросток растягивается из-за скопления содержимого, содержимое давит на стенку, еще больше нарушается трофика. Слизистая теряет устойчивость к микробам. Они внедряются в стенку и начинается воспаление. Слизистая отечна, гиперемированна, обильно секретирует слизи, Очаги деструкции эпителия-вокруг фибрин- Катаральный аппендицит. Стенка утолщается, инфильтрирована гноем, отросток напряжен, гиперемированн, покрыт фибрином- Флегмонозный. Вследствие тромбоза сосудов развивается гангрена. Она ведет к перфорации. Когда воспалительный процесс захватывает всю стенку отростка, вовлекаются окр ткани, появляется серозный выпот, который становится гнойным, распространяется по брюшине - разлитой гнойный перитонит. При благоприятном течении процесса из экссудата выпадает фибрин, который склеивает петли кишок и сальник – ограничивая процесс. В результате формируются гнойники: межкишечные, поддиафрагмальные, в малом тазу, под печенью. Подобное ограничение червеобразного отростка называется аппендикулярный инфильтрат( нагнаивается и рассасывается).

2. Эндемический зоб - патологическое увеличение щитовидной железы, встречающееся в определенных географических районах с недостаточностью йода в окр среде. По форме:Узловой, диффузный, смешанный. По функции: эутиреодный, Гипертиреоидный, Гипотиреоидный, гипотериоидный с признаками кретинизма. Спорадический зоб- патологическое увеличение щитовидной железы, встречающееся вне районов зобной эндемии, связанное с нарушением метаболизма йода в организме или приемом зобогенных веществ. Классификация та же. Клиническая картина эндемического зоба зависит от степени увеличения щитовидной железы, её локализации (расположения), структуры и функционального состояния. Эндемический зоб развивается медленно и больной долго не знает об его существовании

Билет № 2.

1. Классификация: Катаральный (Слизистая отечна, гиперемированна, обильно секретирует слизи, Очаги деструкции эпителия-вокруг фибрин); Флегмонозный (Стенка утолщается, инфильтрирована гноем, отросток напряжен, гиперемированн, покрыт фибрином);Гангренозный(Вследствие тромбоза сосудов развивается гангрена)

Клиника: Боль(постоянная, локализуется в правой подвздошной области); диспепсия( тошнота, рвота); дисфункция кишечника(задержка стула и газов); Специфичнские симптомы: **Кохера-Волковича**( через 2-3 часа после начала боли, постепенно усиливаясь, перемещаются в правую подвздошную область); **Ровзинга** (при толчкообразном надавливании на нисходящий отдел ободочной кишки, появляется боль в правой подвздошной области); **Симптом Бартомье-Михельсона**(болезненность при пальпации слепой кишки, усиливающаяся при положении на левом боку); **Образцова** (усиление боли во время пальпации в илеоцекальной области при приподнятой правой ноге.);Болезненность при пальпации прямой кишки.) **Симптомы раздражения брюшины**(**Воскресенского:** при быстром проведении ладонью по передней брюшной стенке (поверх рубашки) от правого реберного края вниз больной испытывает боль.; **Симптом Щеткина-Блюмберга:** после мягкого надавливания на переднюю брюшную стенку резко отрывают пальцы. При воспалении брюшины возникает боль; симптом напряжения брюшины; **Симптом Думбадзе**: при смешении пупка концом пальца наблюдается болезненность правого нижнего квадрата; **Симптом крымова**: два пальца вводят в наружные отверстия паховых каналов справа и слева. Надавливание на воспаленную брюшину вызывает боль. Диагностика: Жалобы, анамнез, физикальное обследование; ОАК и ОАМ; Лапароскопия,

2.Грыжей называется перемещение тканей или органов брюшной полости через естественные или/и искусственные отверстия в стенках брюшной полости в соседние ткани под кожу или др полости, а так же в нормальные и/или патологически образованные карманы и/или складки брюшины. Для грыж обязательно наличие трех элементов: грыжевых ворот, грыжевого содержимого (любой орган брюшной полости) и грыжевого мешка. Классификация грыж по локализацииI. Наружные (паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота);Внутренние (внедряющиеся в recessus intersigmoideus): Внутрибрюшные внутренние грыжи (брыжеечно-пристеночные, грыжи отверстия Винслова);Брюшно-грудные грыжи (Диафрагмальные грыжи;Аплазия диафрагмы; Грыжи естественных отверстий диафрагмы )Классификация грыж по времени образования (Врожденные;Приобретенные).Классификация грыж по клиническому течению: Неосложненные (вправимые, свободные);Осложненные(невправлением (fixata);с явлениями копростаза (coprostasis);с явлениями воспаления (inflamata);с явлениями ущемления (incarcerata);) с повреждением содержимого грыжевого мешка.) Этиология: Местные причины образования грыж характеризуются особенностями анатомического строения в области грыжевых ворот. Это наличие «слабых» мест брюшной стенки (паховый канал, бедренное и пупочное кольца, белая линия живота, спигелевая линия и др.).Предрасполагающими общими факторами являются: наследственность, пол, возраст, особенности телосложения, степень упитанности. К производящим причинам относятся факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления и ослабления брюшной стенки. Это тяжелый физический труд, вынашивание беременности, запоры, затруднение мочеиспускания, кашель и др. Патогенез-Для паховых грыж различают следующие стадии: Начинающаяся грыжа (hernia incipiens). В этой стадии формируется грыжевой мешок; Неполная грыжа (hernia incomplete). Грыжевой мешок занимает паховый канал, но из наружного пахового отверстия он не выходит (hernia canacularis);Полная грыжа (hernia completa). Грыжевой мешок выходит в подкожную клетчатку (hernia inguinalis);Паховомошоночная грыжа. Грыжевой мешок спускается в мошонку (hernia scrotales);Грыжа огромных размеров (hernia per magna);Для грыж других локализаций отсутствует пахово-мошоночная стадия, и 4-й стадией является грыжа огромных размеров.

Билет № 3

1.Ретроцекальный аппендицит начинается с болей в эпигастральной области или по всему животу, которые в последующем локализуются в зоне правого бокового канала или поясничной области. Типичные симптомы аппендицита не выявлены. Симптомы раздражения брюшины тоже не определяются. Устанавливают напряжение мышц в треугольнике пти и симптом Образцова. Тазовый аппендицит Боли начинаются в эпигастральной области или по всему животу, а через нескольких часов локализуются над лобком, либо над паховой связкой справа. В связи с близостью прямой кишки и мочевого пузыря нередко возникают частые позывы на стул и дезурические расстройства. При тазовом аппендиците воспалительный процесс быстро ограничивается окр органами, поэтому не всегда удается определить напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомы Ровзинга, Б-М, не характерны. Положительный симптом Коупа- Болезненное напряжение вн запирательной мыщци. Болезненность в области Дугласова пространства, наличие выпота или воспалительного инфильтрата в малом тазу. Подпеченочное расположение Болезненность в области правого подреберья, наличие напряжения мышц и симптома ЩБ, заставляют задуматься об остром холецистите. Типичный для приступа аппендицита анамнез служит отправной точкой для установления правильного диагноза. При остр холецистите пальпируется увеличенный желчный пузырь. Левосторонний острый аппендицит Наблюдается при обратном расположении вн органов или в случае мобильной слепой кишки с длинной брыжейкой. Типичные для аппендицита симптомы проявляются в левой подвздошной области.

2. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Пенетрация, перфорация, кровотечение, малигнизация, стеноз привратника.

Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Клиник. главные симптомы: боль, напряжение мышц, язвенный анамнез; вспомогательные признаки: функциональные (рвота, задержка стула и газов, сильная жажда); физические (осмотр, пальпация, перкуссия, аускулътация, ректальное и рентгенологическое исследование,гастроскопия. Важные симптомы: Гюстена, Щеткина-Блюмберга, тупость в отлогих местах живота, исчезновение печеночной тупости, серп воздуха под диафрагмой при обзорной рентгенографии, Бруннера, Бернштейна, Спижарного и т.д.; общие (шок, нарушение гемодинамики и т.д.) Течение: период шока; период мнимого благополучия; период перитонита. Клинические формы: в свободную брюшную полость (типичная); атипичные (в малосальниковую сумку, в забрюшинное пространство, средостение); прикрытая. Диагностика: Жалобы, анамнез, физикальное обследование; обзорная рентгенограмма брюшной полости; УЗИ; лапароскопия. Дифференциальный диагноз: с заболеваниями органов грудной полости(пневмония, плеврит, инфаркт миокарда);с острыми заболеваниями органов брюшной полости; с острыми заболеваниями органов забрюшинного пространства. Операции: зашивание язвы;резекция желудка.

Билет №4.

1.Остр гастроэнтерит (ФГДС, УЗИ, лапароскопия); 2.Острый аднексит (осмотр гинеколога, узи, лапароскопия);3. Холецистит (УЗИ. Лапароскопия); 4. МКБ, почечная колика, пиелонефрит( Анализ мочи, Узи лапароскопия) 5.Остр панкреатит (узи, анализ крови на амилазу, лапароскопия) 6. Дивертикул Меккеля( Лапароскопия, узи) 7.Перфоративная язва(обзорная рентгенография брюшной полости стоя, лапароскопия)

2.Прямая паховая грыжа - когда грыжевой мешок выходит из брюшной полости через медиальную паховую ямку. Грыжевой мешок внутри от семенного канатика. У пожилых чаще. Бывают двусторонними, имеют окр форму. Косая паховая грыжа – грыжевой мешок выходит через латеральную ямку. Грыжевой мешок снаружи от семенного канатика. У молодых. Форма овоидная. Клиника: наличие исчезающих в горизонтальном положении припухлости на брюшной стенке; наличие дефекта (отверстие или канал определяемый пальцем после вправления грыжи; Наличие кашлевого толчка; наличие органов брюшной полости в мешке). Диагностика и дифференциальная диагностика: Жалобы анамнез физикальное обследование. Дифференциальный диагноз проводится с бедренной грыжей( у бедренной грыжевые ворота ниже пупартовой связке), лимфоаденит, водянка семенного канатика(распологается в мошонке и с паховым каналом не связана), доброкачественные опухоли подкожной клетчатки (кашлевой толчок). Лечение оперативное при отсутствии противопоказаний (Преклонный возраст при наличии нарушений деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем (эти нарушения являются противопоказаниями и в более молодом возрасте); Декомпенсированные пороки сердца; Неоперабельные злокачественные образования; Тяжелые заболевания почек, печени и др; Истощение (кахексия), ожирение (крайней степени).Временные противопоказания к грыжесечению: инфекционные заболевания, обострение туберкулеза, болезнь Боткина, сифилис, ВИЧ, наличие источников эндогенной инфекции.).Этапы: 1.грыжесечение 2.Пластика грыжевых ворот: при косых укрепление передней стенки пах канала( жирару, кимбаровскому, мартынову) и задней стенки (Бассини, постемскому, кукуджанову); при прямых - укрепление задней стенки.

Билет № 5.

1.При подозрении на это заболевание больной подлежит срочной госпитализации в хир. Отделение. Больные острым аппендицитом независимо от клинической картины, возраста, пола, продолжительности заболевания, если нет аппендикулярного инфильтрата подлежат операции. Наилучший эффективной операцией, является операция проведенная в первые 48 часов. Способы аппендектомия: Антеградная, Ретроградная, Субсерозная, Ретроперитонеальная, лапароскопическая. Послеоперационные осложнения: Гематома послеоперационной раны; Серома послеопер раны; Инфильтрат, нагноение послеопер раны; Внутрибрюшное кровотечение; Несостоятельность швов культи аппендикса; Продолжающийся послеоперационный перитонит; инфильтраты и абсцессы брюшной полости различной локализации; пневмония; послеоперационный парез кишечника; острая задержка мочеиспускания.

2.Врожденной паховой грыжей называется грыжа у которой грыжевым мешком является незаращенный влагалищный отросток брюшины. Клинически может проявляться в любом возрасте. Нет стадий в клинической картине. Она сразу становится пахово – мошоночной при наличии производящих факторов у детей часто сочетается с крипторхизмом.

Билет №6.

1.у детей: Нарушены процессы отграничения; Способность к развитию деструктивных форм; частое развитие осложнений; боли нередко имеют схваткообразный характер; Рвота встречается чаще, чем у взрослых; Температура тела с самого начала заболвания достигает высоких цифр; общие симптомы преобладают над местными. У стариков: Преобладание общих симптомов над местными; склонность к развитию деструктивных форм; снижена способность к отграничению; частое развитие осложнений. У беременных: Характерна интоксикация; общие симптомы преобладают над местными, нарушение способности к отграничению; Выше риск осложнений.

2. Грыжи белой линии живота

Белая линия живота представляет собой переплетение волокон апоневроза в виде ромбовидных образований разной величины. Выхождение органов брюшной полости через эти щели в апоневрозе называют грыжей белой линии живота (hernia linia alba).Стадии грыж белой линии живота: Предбрюшинная липома; Начинающееся выпячивание брюшины; Сформировавшийся грыжевой мешок.По локализации различают: Надчревные; Подчревные;Околопупочные. Дифференцировать грыжи белой линии живота необходимо с язвой желудка, гастритом. Лечение оперативное, при отсутствии противопоказаний: Преклонный возраст при наличии нарушений деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем (эти нарушения являются противопоказаниями и в более молодом возрасте); Декомпенсированные пороки сердца; Неоперабельные злокачественные образования; Тяжелые заболевания почек, печени и др; Истощение (кахексия), ожирение (крайней степени).Временные противопоказания к грыжесечению: инфекционные заболевания, обострение туберкулеза, болезнь Боткина, сифилис, ВИЧ, наличие источников эндогенной инфекции. Грыжи белой линии живота закрываются по Сапежко, Дьяконову, зашиванием краев узловыми швами.

Билет № 7.

1. Разлитой гнойный перитонит; Аппендикулярный инфильтрат; Ограниченные гнойники брюшной полости; Забрюшинные гнойники; Пилефлебит; перфорация. Гнойники при остром аппендиците (по А.А. Ру-санову): 1.Гнойники, развивающиеся непосредственно у червеобразного отростка (аппендикулярный абсцесс): Внутрибрюшинные пристеночные(Подвздошный, Передний пристеночный, Подвздошно-поясничный, Подпеченочный.); Внутрибрюшинный непристеночный; Внутрибрыжеечный абсцесс; забрюшинный абсцесс. 2.Отдаленные гнойники.(Дуглас-абсцесс; Поддиафрагмальный абсцесс; Межкишечные абсцессы)

2. Бедренная грыжа (hernia femoralis). Внутренним отверстием бедренного канала называется пространство, ограниченное сверху пупартовой связкой, снизу — надкостницей лонной кости, медиально — жимбернатовой связкой, а снаружи — бедренной веной. Пространство между пупартовой связкой, краем подвздошной кости и лонной кости делится подвздошно-гребешковой связкой на два отдела, наружный — lacuna musculorum, в котором проходит подвздошно-поясничная мышца и бедренный нерв (m. ileopsoas et n. femoralis), и внутренний — lacuna vasorum, где располагается бедренная артерия и кнаружи от неё — бедренная вена. В медиальном углу lacuna vasorum располагается небольшая жимбернатова связка. Наружным отверстием бедренного канала является овальная ямка скарповского треугольника, ограниченная серповидным краем широкой фасции бедра и прикрытая решетчатой пластинкой, через которую большая подкожная вена впадает в бедренную вену. Классификация бедренных грыж:Мышечно-лакунарные (грыжи Гессельбаха) и Сосудисто-лакунарные(срединная; типичная боковая; лакунарной связки; гребешковой связки). Дифференциальный диагноз бедренной грыжи следует проводить с варикозным узлом (УЗИ), фибролипома( синдром кашлевого толчка), лимфаденопатия, паховой грыжей( грыжевой мешок выше пупартовой связки). Клиника: наличие исчезающих в горизонтальном положении припухлости на брюшной стенке; наличие дефекта( отверстие или канал определяемый пальцем после вправления грыжи; Наличие кашлевого толчка; наличие органов брюшной полости в мешке). При бедренных грыжах грыжевые ворота закрывают бедренным способом(Бассини-бедр доступом обнажен грыжевой мешок, выделен мешок, пластика., Локарду) паховым( по Руджи) Цель- подшивание пупартовой связки к надкостнице лонной кости.

Билет №8

1. Разлитой гнойный перитонит; Аппендикулярный инфильтрат; Ограниченные гнойники брюшной полости; Забрюшинные гнойники; Пилефлебит; перфорация. Аппендикулярный инфильтрат- это конгломерат петель кишок и участка сальника спаянных между собой фибрином с париетальной брюшиной и отраничивающих от свободной брюшной полости восполено-измененный червеобразный отросток. Может нагнаиваться и рассасываться. Нагнаиваясь образуется абсцесс, который может прорваться в свободную брюшную полость( перитонит), в кишку, в забрюшинное пространство, может осумковаться и привести к септикопиемии. При прорыве в забрюшинное пространство возникает паранефрит. Типичная картина развивается как правило через 3-5 дней от начала заболевания. Боли в животе стихают, самочувствие улучшается, температура остается субфебрильной. Мышечного напряжение и др симптомов напряжения брюшины нет. В правой подвздошной области можно прощупать плотное малоподвижное и малоболезненное образование. Диагностика: жалобы, анамнез, физикальное обследование, узи (лапароскопия). При обнаружении плотного аппендикулярного инфильтрата (срок более 5 суток) проведение аппендэктомии не показано. Если до операции обнаружили то это противопоказание к аппендэктомии. Если во время операции обнаружили(или при появлении признаков абсцедивирования)- проводится отграничивающая тампонада и дренирование области инфильтрата с последующей плановой аппендэктомией в срок не менее, чем через 6 месяцев после выписки.

2. Острый холецистит- воспалительное заболевание желчного пузыря. Анатомические особенности: Проекция желчного пузыря на переднюю брюшную стенку находится в точке Кера( место пересечения правой реберной дуги с правой прямой мышцей живота-дно). Имеет дно, шейку, тело, Гартманов карман. Пузырный проток имеет спиральный клапан Хейстера. Синусы Рокитанского-Ашоффа и протоки Люшка в стенке желчного пузыря способствуют образованию безпрободного желчного перитонита и подтеканию желчи из ложе пузыря после холецистэктомии. Правый и левый долевые протоки сливаясь образуют общий печеночный проток который сливаясь с пузырным протоком образует общий желчный проток-холедах. Пузырный проток, общий печеночный проток, пузырная артерия – треуг Кало. Холедах имеет 4 отдела- супрадуаденальный, ретродуаденальный, интрапанкреатический, интрамуральный. Холедах проходит в печеночно- 12перстный свищ вместе с воротной веной и печеночной артерией. Холедах открывается в большой дуоденальный сосочек 12перстной кишки, как правило вместе с панкреатическим протоком. Эвакуацию из них регулирует сфинктер одди. Этиология: инфекция, камни, паразиты, биохимические процессы(лизолицетин), ферменты поджелудочной железы, сосудистый фактор, аллергия, травма, переход воспаления, с соседних органов и тканей, застой желчи - желчная гипертензия. Патогенез: Ведущая роль в развитии острого холецистита принадлежит желчной гипертензии и нарушению кровообращения. Высокое внутрипузырное давление ведет к прогрессирующему ухудшению кровообращению в стенке. Повляются некробиотические изменения и проникает инфекция. Классификация: По патогенезу( первичный, вторичный( посттравматический, послеоперационный, аллергический, на фоне остр заболеваний др органов)) По морфологии(катаральный, флегмонозный, гангренозный) По этиологии( калькулезный(с обтурацией и без обтурации протока) и безкаменный(бактериальный, паразитарный, сосудистый, ферментативный)) по осложнениям( не осложненный и осложненный:1. Со стороны желчного пузыря(эмпиема, перфорация, нар и вн свищи), 2. Местные внепузырные (околопузырный инфильтрат, абсцесс, местный и разлитой перитонит) 3. Со стороны внепеченочных желчных протоков( стриктуры(фатерова сосочка), перехоледохиальный лимфоаденит, острый холангит, нар и вн свищ), 4. Со стороны др органов и систем.

Билет №9.

1. Разлитой гнойный перитонит; Аппендикулярный инфильтрат; Ограниченные гнойники брюшной полости; Забрюшинные гнойники; Пилефлебит; перфорация.

2.ДТЗ- аутоиммунное заболевание, характеризующиеся стойким патологическим повышением продукции тиреоидных гормонов диффузно увеличенной щитовидной железы по влиянием специальных антител с последующим нарушением функционального состояния различных органов и систем в первую очередь сердечно сосудистой и нервной системы. Этиология.Изучена недостаточно, в настоящее время дтз расценивается как генетическое заболевание аутоиммунной природы, и обусловлено врожденным дефектом в системе иммунологического контроля. Свидетельством генетической природы заболевания является высокая частота семейных форм, обнаружение в крови у родственников антител к различным элементам щитовидной железы более чаще чем в популяции, также частой сочетание дтз с другими заболеваниями аутоиммунной природы (ревматоидный артрит и др.) Результатом нарушения клеточного и гуморального иммунитета является накопление в крови Ig (в основном класса G) обладающих способностью взаимодействовать с рецепторами тиреотропного гормона на плазматической мембране тиреоцитов и подобно ТТГ стимулировать щитовидную железу. Эти тиреостимулирующие иммуноглобулины успешно конкурируют за рецепторы к ТТГ вытесняя действие ТТГ. В отличие от ТТГ эти иммуноглобулины длительно сохраняют свою активность. Комплексы этих иммунноглобулинов называют как длительно действующие стимуляторы щитовидной железы. Эти комплексы сохраняют свою активность более 2-х недель. Этот патологический фактор никакой регуляции не поддается (является автономным). Щитовидная железа при этом приобретает полную автономность, вне зависимости от какой-либо регуляции. ТТГ хотя и существует, но он не участвует в регуляции щж (концентрация его может быть различна). Антиген к-й, вызывает выработку этих антител не выявлен.Патогенез основных симптомов заболевания обусловлен влиянием избыточного количества гормонов. Исключением из этого правила является поражение глаз (офтальмопатия) - этот симптомокомплекс развивается вне непосредственной связи с избытком тиреоидных гормонов. КЛАССИФИКАЦИЯ ТЯЖЕСТИ ТИРЕОТОКСИКОЗА:1 ст. легкая ( ЧСС-80-100. Нет мерц аритмии, резкого похудания, работоспособность снижена незначительно); 2 ст. средняя тяжесть (ЧСС-100 -120. Нет мерцательной аритмии, похудание до 10 кг, работоспособность снижена); 3 ст. тяжелая (ЧСС-более 120, мерц аритмия, тиреотоксический психоз, масса тела резко снижена, трудоспособность утрачена, тиреогенная надпочечниковая недостаточность) Степени ув щитовидной железы: 0- не видна не пальпируется; 1. Не видна но пальпируется; 2. Видна при глотании, хор пальпируется; 3. Заметна при осмотре. Изменены контуры шеи; 4. Явно выраженный зоб, нарушена конфигурация шеи; 5. Огромные размеры. Нередко сдавливают соседние органы.

Билет № 10

* Осложнения аппендицита. Пилефлебит,понятие ,клиника,диагностика,лечение.

1-Пилефлебит

2-перфорация

3-аппендикулярный инфильтрат

4-разлитой гнойный перитонит

5-абсцессы брюшной полости

Пилефлебит – острый неспецифический восходящий гнойный тромбофлебит воротной вены. Ранняя диагностика пилефлебита должна основываться на наличии воспалительного процесса в брюшной полости (острый аппендицит, в том числе и после проведения аппендэктомии), признаках нарушения оттока крови от тонкой кишки (парез кишечника, небольшое количество свободной жидкости по данным УЗИ), а затем и от селезенки (боли в левом подреберье, увеличение размеров селезенки по УЗИ) на фоне нарастающего токсического синдрома. Появление классических признаков пилефлебита (гипертермия, желтуха, увеличение печени) ассоциируется с почти 100% летальностью.

Лечебная тактика при появлении ранних признаков пилефлебита заключается в своевременном выявлении, как самого острого аппендицита, так и осложнений оперативного вмешательства путем экстренной лапароскопии (сходную клинику может давать послеоперационный и продолжающийся перитонит), санации очага инфекции, массивной антибактериальной терапии в режиме деэскалации на фоне инфузионно – трансфузионной терапии.

* Пупочная грыжа: анатомия пупочного кольца. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Методы операций.

Выхождения органов брюшной полости через пупок или дефект брюшной стенки в области пупка называется пупочной грыжей.

Клиника:

Клинически пупочная грыжа представляет собой выпячивание в области пупка различной величины, от небольшого, мало заметного до огромных размеров. Характерны боль в животе,выпячивание в области пупка, изчезающее при надавливании, расширение пупочного кольца. Пупочные грыжи у ряда больных вызывают расстройства функции ЖКТ.

Диагностика : жалобы,анамнез,физикальное обследование,УЗИ.лабораторная диагностика.

Дифференциальная диагностика:

-метастазом рака желудка в пупок

-с околопупочными грыжами

-липомой

Методы обследования: ФГДС,УЗИ органов брюшной полости, по показаниям колоноскопию.

Лечение :

У маленьких детей возможно самоизлечение в период до 3-6 лет . Консервативное лечение применяют в том случае если грыжа не причиняет ребенку беспокойствие. Назначают массаж, лечебную гимнастику, способствующую развитию и укреплению брюшной стенке. Если к 3-5 годам самоизлечение не наступило, то в дальнейшем самостоятельного заращения пупочного кольца не произойдет ,в этом случае показано хирургическое лечение- методом Лекснера, методом Мейо, методом Дьяконова и др. зашиванием его край в край.

У взрослых только хирургическое лечение – аутопластика брюшной стенки выше перечисленными методами.

Билет № 11

1.Принципы лечения острого холецистита. Показания к операции. Виды операций.

ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.

подразделяют на две группы:

- с острым неосложненным холециститом;

- с острым осложненным холециститом.

На выбор тактики и лечения при остром холецистите влияют 4 вида осложнений:

- острый холецистит, осложненный распространенным перитонитом;

- острый холецистит в сочетании с острым холангитом;

- острый холецистит в сочетании с панкреатитом;

- острый холецистит, осложненный механической желтухой.

Принципы консервативного лечения: Показанием для консервативного лечения является неосложненный холецистит. При осложненном холецистите консервативное лечение является одновременно предоперационной подготовкой. Антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения или фторхинолоны II поколения в сочетании с метронидазолом). Лечебные мероприятия, направленные на снижение внутрипузырного давления - спазмолитики (но-шпа, папаверин, дюспаталин), анальгетики, антигистаминные препараты, при недостаточной эффективности медикаментозных препаратов применяется закрытая или под контролем лапароскопа ( новокаиновая блокада круглой связки печени. Инфузионная терапия Лечение, направленное на улучшение функции жизненно важных органов и систем. Катетеризация круглой связки и клеточного пространства ворот печени под контролем лапароскопа. При неэффективной консервативной терапии, проводимой в течении -24-48 часов, необходимо оперировать больного. Появление перитонеальных симптомов является показанием к экстренной операции.

А эт по лекции=))))

Деструктивный холецистит\_хирургическое лечение (при неосложненом –срочная операция ,при некоторых осложнениях– экстренная .)

Катаральный холецистит-консервативное лечение в течении 24 часов,при отсутствии эффекта от лечения –срочная операция),при положительном эффекте от лечения- продолжение консервативного лечения. Операция в плановом порядке,в холодном периоде заболевания через 4-6 месяцев холецистэктомия.

Консервативное лечение при остром катаральном холецистите.

-Строгое соблюдение диеты и режима питания.

-Инфузионная терапия детоксикация, коррекция водно- электролитного баланса

-обезболивание (кроме опиатов)

-спазмолитики

-А/б терапия

-патогенетическая терапия этиологического фактора

-лечение сопутствующей патологии

Показания к операции:

-деструктивный холецистит

-осложнения,требующие хирургического лечения

-при отсутствии эффекта от консервативного лечения катарального холецистита.

Виды операций: от дна и от шейки. При степени тяжести не крайне тяжелой и риске умеренном-холлецистэктомия, а при степени тяжести крайне тяжелом и риске высоком-холецистостомия.

2. Лечение грыж брюшной полости. Показания к консервативной терапии.

Этапы операции при плановом грыжесечении. Наличие любой грыжи брюшной полости служит показанием для оперативного лечения. Однако в ряде случаев проводится консервативное лечение, которое заключается в ношении бандажа. Показанием для ношения бандажа являются абсолютные противопоказания для плановой операции со стороны систем кровообращения, органов дыхания, ЦНС, печени, почек. Ношение бандажа имеет целью закрытие грыжевых ворот, удержание внутренностей от выпадения и предупреждения ущемления. Назначение бандажа- вынужденная мера, поэтому приходится мирится с недостатками этого метода: травмами кожи, грыжевого содержимого, образованием спаек в грыжевом мешке и подкожной клетчатке, атрофией и ослаблением брюшной стенки.

Временные противопоказания к грыжесечению: инфекционные заболевания, туберкулез, сифилис, ВИЧ, наличие острых гнойно-воспалительных заболевний.

Специальная предоперационная подготовка необходима при давно существующих гигантских грыжах.

Противовоспалительное лечение (а/б, сульфаниламиды), физиотерапия и др. проводятся при грыжах, осложненных воспалением. При нагноениях показано вскрытие гнойников.

При грыжах, осложненных копростазом, проводится комплексное консервативное лечение: очистительные клизмы, удаление каловых камней из прямой кишки, ликвидация каловых завалов, после чего плановое грыжесечение.

Единственным правильным методом лечения больных ущемленными грыжами является оперативное лечение.

При неосложненных и невправимых грыжах проводится плановое грыжесечение.

Обезболивание : местная послойная инфильтрационная анестезия 0,25% раствором новокаина, внутренний наркоз, интубационный наркоз.

Этапы операции при плановом грыжесечении:

1 этап: грыжесечение.

После выделения на всем протяжении грыжевой мешок вскрывается в области дна ,затем содержимое вправляется в брюшную полость. Далее грыжевой мешок вскрывается в области дна, затем содержимое вправляется в брюшную полость. Далее грыжевой мешок прошивается и перевязывается у устья под контролем зрения и отсекается дистальнее лигатуры. Важным моментом является фиксация грыжевого мешка.

2 этап- пластика грыжевых ворот.

Билет № 12.

1.Пенетрирующая язва жел-ка и 12-перстной кишки: стадии, клиника, диагностика. Виды операций.

Стадии: Внутристеночная пенетрация( проникновение через все слои стенки желудка и 12 перстной кишки); Фиброзное сращение с подлежащим органом; Стадия завершенной пенетрации и приникновение в соседний орган. Клиника: Боли в спине, изменяется характер боли, постоянные, ночные. Диагностика: Клинические данные(выраженной болевой синдром, его несоответствие с изменениями в локальном статусе, иррадиация болей), Анамнез(длительное течение язвенного процесса и слабый эффект от консервативного лечения), рентгеноконтрастная рентгеноскопия желудка, ФГДС, узи, кт. Лечение: Плановое оперативное( дистальная резекция желудка с обязательным удалением язвенного кратера и наложением анастамоза по Бильрот 2.

2. Скользящая грыжа: механизм возникновения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

В некоторых случаях в грыжевой мешок выходит орган ,частично покрытый брюшиной( восходящая или нисходящая ободочная кишка, мочевой пузырь). Они смещаются в грыжевой мешок, скользя по жировой клетчатке. Одна сторона органа , не покрытая брюшиной, затягивается в грыжевой мешок вместе с брюшиной. Париетальная брюшина не покрывает грыжевое содержимое. Такие грыжи называются скользящими.

В подобных случаях при выделении грыжевого мешка легко повредить мочевой пузырь, кишку. Это имеет большое значение во время хирургического вмешательства. Излияние светло-желтой жидкости во время операции или явление специфического запаха свидетельствует о повреждении мочевого пузыря, кишки.

диффер.диагностика:

-с хроническим циститом (УЗИ, анализ мочи, цистоскопия)

-с аденикситом( УЗИ, консультация гинеколога

-аппендицитом(УЗИ, лапароскопия, иригоскопия)

Билет № 13.

* Острый холецистит, диагностика, дифференциальная диагностика.

Диагностика

-жалобы,анамнез,физикальное обследование

-лабораторные исследования

-УЗИ

-ФГДС с осмотром Фатерова сосочка

-лапароскопия

-холангиография +методы дифференциальной диагностики.

Диагностика Несмотря на характерную клиническую картину острого холецистита, не всегда предоставляется возможным точно оценить морфологические изменения в стенке желчного пузыря и установить причины его возникновения. Нередко в клинической картине холецистита наблюдается запаздывание клинических признаков заболевания по сравнению с патоморфологическими изменениями в желчном пузыре. Неинвазивным и достаточно информативным методом диагностики холецистита является ультразвуковое исследование (УЗИ), которое можно произвести даже самым тяжелым больным. Острый холецистит при ультразвуковом исследовании характеризуется: - увеличение размеров желчного пузыря; - утолщением стенки желчного пузыря свыше 3 мм . Утолщение стенки желчного пузыря - негомогенностью полости желчного пузыря; - вокруг желчного пузыря определялась зона повышенной эхоплотности, что указывало на вовлечение в воспалительный процесс окружающих тканей и формирование паравезикального инфильтрата; - наличием симптома гиперэхогенной фокусировки в стенке желчного пузыря, что указывает на формирование микроабсцессов . Паравезикальный абсцесс - наличием в полости желчного пузыря гипереэхогенных структур, дающих эхо-тень; - отслоение слизистой дает симптом «двойной» стенки . Симптом «двойной стенки» - при изучении акустических характеристик паравезикального пространства у больных с деструктивным холециститом отмечено некоторое увеличение отражения ультразвука паравезикальными тканями на фоне, которого обнаружены эхонегативные участки под нижней стенкой желчного пузыря, что позволило диагностировать абсцедирование инфильтрата

Лапароскопия в диагностике острого холецистита Существенная помощь в постановке диагноза острого холецистита, уточнении морфологических изменений в стенке желчного пузыря оказывает лапароскопия. Лапароскопические признаки подразделяются на прямые и косвенные. При катаральном холецистите лапароскопически определяется увеличенный напряженный желчный пузырь, выступающий из-под края реберной дуги с инъецированными сосудами на его стенке. Лапароскопическая семиотика флегмонозного холецистита: - желчный пузырь увеличен, напряжен; - серозная оболочка лишена блеска; - сосуды в стенке отчетливо видны; - на стенке пузыря налет фибрина; - в отлогих местах — наличие жидкости. Своеобразная лапароскопическая картина наблюдается при гангренозном холецистите. Желчный пузырь может быть напряжен, а чаще, вследствие повышения проницаемости его стенки, напряжение отсутствует. Серозная оболочка синюшная или багровая, имеются участки темного цвета, иногда вся стенка черного цвета, на стенке и окружающих тканях фибрин, над печенью жидкость с примесью желчи. В тех случаях, когда желчный пузырь запаян и покрыт сальником, при лапароскопии ставят диагноз по косвенным признакам: - отек и инфильтрация окружающих тканей; - наличие фибрина на печени и тканях в области желчного пузыря; - наличие свежих спаек и сращений; - припаянный сальник в области желчного пузыря; - наличие выпота. Лапароскопии принадлежит важная роль в диагностике сосудистых форм острого холецистита. При сосудистом холецистите в области дна желчного пузыря отмечается обеднение сосудистого рисунка, в теле его преобладают расширенные, извитые, наполненные вены, в некоторых местах имеется запустевание участков сосудистой сети, что придает желчному пузырю пятни¬стый вид («мраморный желчный пузырь»).

Дифференциальная диагностика:

-острая правостороння нижнедолевая пневмония

–рентгенография(-скопия) грудной клетки стоя +УЗИ +лапароскопия.

-инфаркт миокарда(нестабильная стенокардия)-ЭКГ+ УЗИ + лапароскопия.

-правосторонний пиелонефрит(и МКБ)- Анализы мочи +УЗИ+ лапароскопия+урография (по показаниям)

-острый аппендицит (подпеченочное расположение)- УЗИ+лапароскопия

-обострение язвенной болезни-ФГДС+УЗИ+лапароскопия

-перфоративная язва- обзорная рентгенография брюшной полости (стоя)+УЗИ+лапароскопия

-острый панкреатит-ферменты+УЗИ+лапароскопия

-острая кишечная непроходимость(в частности на фоне патологии печеночного угла ободочной кишки)-обзорная рентгенография брюшной полости (стоя)+УЗИ+лапароскопия

2.Осложнения грыж : воспаление грыжи: причины, клиника, диагностика, лечение.

Осложнения :

-ущемление

-невправимость

-копростаз в грыже

-воспаление грыжи

воспаление грыжи возникает вследствие проникновения пирогенной микрофлоры в грыжевой мешок со стороны брюшной полости или со стороны кожи подкожно-жировой клетчатки. Различают следующие признаки воспаления: местные (припухлость, гиперемия, боль в области грыжевых ворот ) и общие повышение температуры тела, ознобы и др.)при инфицировании со стороны брюшной полости общее состояние больных быстро ухудшается, прогрессируют признаки перитонита, нарастает интоксикация. Грыжа увеличивается в размерах в результате отека и инфильтрации тканей, в последующем появляется гиперемия кожи. Оболочки грыжи могут воспалиться в результате первичного повреждения кожных покровов (фурункулы, ссадины, расчесы). В таких случаях общее состояние больных страдает незначительно.

Лечение :С помощью экстренной операции устраняют источник перитонита и инфицирование грыжевого мешка. При наружном инфицировании грыжесечение можно выполнить только после ликвидации воспалительных процессов в коже.

Билет № 14.

* Острый холецистит. Клиника, атипичные клинические проявления.Клиника:

-болевой синдром

-SIRS

-диспептический синдром

-интоксикационный синдром

-желтуха при присоединении холангита и других осложнений

КЛИНИКА Боль — основной субъективный признак острого холецистита . Характерными свойствами ее является интенсивность, заставляющая иногда больного кричать. Обычно боль носит приступообразный характер, по типу колик, т. е. периодически усиливается до нестерпимой. В момент светлого промежутка она полностью не исчезает. Более выраженные боли наблюдаются при обтурационном холецистите. При бескаменном холецистите боли более постоянны. Локализация болей чаще в правом подреберье, но если в процесс вовлекается общий желчный проток, они могут локализоваться в эпигастральной области. При перфорации желчного пузыря боли усиливаются и напоминают боль при перфоративной язве. Иррадиация болей при остром холецистите: правое плечо, правая надключичная область спины, под лопатку справа, за грудину, в область сердца. Вторым симптомом является рвота, которая возникает на высоте боли или одновременно с ее началом, носит рефлекторный характер. Желудочное содержимое с примесью желчи. Чаще рвота однократная, многократная рвота указывает на вовлечение в процесс поджелудочной железы. Желтуха. Она может быть либо транзитной, когда имеется папиллит, инфильтрат и вентильный камень, либо длительной — при вколоченном камне в большой дуоденальный сосочек, индуративном панкреатите, стенозе дистального отдела холедоха. Третьей причиной развития желтухи при остром холецистите является токсический гепатит при тяжелом течении заболевания, сопровождающимися интоксикацией. Температура может быть субфебрильной до гектической и зависит от морфологических изменений в желчном пузыре. Пульс несколько учащен, хорошего наполнения. Дыхание учащено, поверхностное, преимущественно грудное. При послойной пальпации определяется болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье. Иногда удается определить увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь. Симптом Щеткина-Блюмберга или отрицательный или слабо положительный в правом подреберье и четко проявляется при деструктивном холецистите, когда воспалительный процесс вышел за пределы стенки желчного пузыря и перешел на брюшину.

Симптомы острого холецистита:

1. Ориентировочный симптом заболеваний желчного пузыря, протоков печени (Грекова-Ортнера). Осуществляется поколачиванием ребром кисти по правой и левой реберным дугам выявляют болезненность. Болезненность справа свидетельствует о воспалении в правом подреберье, заболевании желчного пузыря, желчных протоков или печени. При наличии воспаления желчного пузыря в момент вдоха соприкосновение пузыря с пальцами вызывает резкую боль, прерывающую вдох.

2. Симптом Кера (Кеrr) — болезненность в области проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку (пересечение наружного края правой прямой мышцы живота и реберной дуги) при пальпации на высоте вдоха.

3.Френикус-симптом (Мюсси) — болезненность под пальцем справа под ключицей между порциями грудинно-ключично-сосцевидной мышцы свидетельствует о заболевании печени или желчного пузыря (нервные связи печеночного сплетения с правым диафрагмальным нервом).

4. Симптом Георгиевского — болезненность в правом подреберье при надавливании пальцем справа над ключицей между порциями грудинно-ключично-сосцевидной мышцы (диафрагмальный нерв) свидетельствует о наличии холецистита..Клиническая картина и частота выявляемых симптомов острого холецистита зависят от морфологических изменений в стенке желчного пузыря, вирулентности инфекции; состояния реактивности больного

Атипичные клинические проявления острого холецистита.

Гастритичеекий синдром. При этом синдроме ведущая роль принадлежит диспептическим растройствам. Холецисто-кардиальнкй синдром. Характеризуется появлением во время приступа острого холецистита загрудинных болей в области сердца. Нередко болевой синдром в области сердца превалирует в клинической картине. Холангический синдром. Развивается при наличии затруднения оттока желчи. Сопровождается резким повышением температуры, ознобом, иногда наблюдается стойкий субфебрилитет, больной теряет в весе. Желтухи при этом синдроме, как правило, не наблюдается. Ферментативный холецистит. По сравнению с другими видами острого холецистита это заболевание течет с быстрым нарастанием перитонеальных симптомов. При этом более отчетливо определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, перитонеальные симптомы первоначально локализуются в правом подреберье, но очень быстро распространяются на все от¬делы живота. Также быстро нарастают симптомы интоксикации. Сенильный холецистит. Известно, что острый холецистит у лиц пожилого и старческого возраста протекает иначе, чем в молодом возрасте. Однако в этом вопросе многие аспекты остаются неясными или спорными. Так, например, обычно считается, что в пожилом возрасте клиническая картина оказывается стертой, симптомы холецистита менее выражены, что ведет к диагностическим ошибкам. Сосудистый холецистит. Частота этой формы острого холецистита постоянно увеличивается. Изменения в сосудах стенки желчного пузыря многообразны и представлены циркуляторными, воспалительными, дистрофическими и склеротическими процессами. Сужение просвета сосудов, изменение сосудистой стенки и образование пристеночных тромбозов способствуют развитию очаговых некрозов в стенке желчного пузыря у больных сосудистым холециститом. Отсюда понятна та быстрота нарастания клинической картины острого холецистита, которая оказывает существеннее влияний на характер клинической картины острого холецистита. Вторичный холецистит. Возникает у больных в послеоперационном периоде, после травмы, на фоне тяжелой патологии. К особенностям вторичного холецистита можно отнести то, что он возникает чаще у мужчин, чаще встречаются бескаменные формы, протекает со своеобразной клинической картиной, в которой преобладают симптомы интоксикации, общие симптомы, неопределенность местных, белее высокая летальность.

2.Невправимая грыжа: понятие ,причины, клиника ,диагностика, лечение.

Это хроническое осложнение грыжи, когда вследствии длительного нахождения грыжевого содержимого в грыжевом мешке между ними развивается спаечный процесс, распространяющийся с брюшины на подкожную клетчатку. В результате грыжа перестает вправляться ,но кровообращение и иннервация в грыжевом содержимом не нарушаются. Пр

Развитию невправимости способствует длительное ношение бандажа.

Под влиянием различных механических раздражителей, микротравм в грыжевом мешке возникает асептическое воспаление приводящее к образованию спаек. Спайки фиксируют органы брюшной полости к стенкам грыжевого мешка, что приводит сначала к возникновению частично невправимой , а затем и полностью невправимой грыжи. Любая своевременно не прооперированная грыжа становится невправимой.

В положении лежа не исчезает и мало изменяет свою форму. При осторожной попытке вправления грыжа не исчезает. Подобное грыжевое выпячивание безболезненно и сохраняет мягко эластическую консистенцию. Характерная особенность невправимых грыж -положительный симптом кашлевого толчка,что позволяет дифференцировать невправимые грыжи от ущемленных. Лечение :

При отстутствии противопаказаний в плановом порядке выполняют грыжесечение

Билет №15

Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы. Острый панкреатит: понятие, этиология, патогенез.

П.Ж. располагается забрюшинно на уровне 1-2 поясничных позвонков. В железе различают головку, тело и хвост. Впереди железы желудок, вокруг головки 12пк, к хвосту селезенка, сзади почка. Позади железы располож. Аорта, нижняя полая и воротная вена. Внутри головки интропанкреатическя часть холедоха. Внешнесекреторная(протеазы, липазы, нуклеазы, карбонгидразы, ) и внутрисекреторная(β-инсулин,а-глюкагон, δ-соматостатин,РР-панкреатич полипептид)активность.Остр. панкреатит- остр.патологич процесс в тк поджелудочной железы, обусловленный ферментативным аутолизом с воспалительной реакцией, приводящей к некрозу и вторичному инфицированию, с поражением др. органов и систем. Этиология – заболевания внепеченочных желчных путей; ЖКБ, холедохолитеаз; спазм или воспаление большого дуоденального сосочка ; дискинизии желчных путей; алкоголь; травмы; хирургические вмешательства; заболевания 12пк. Патогенез сдвиг рНвнутри поджел железы в кислую сторону-стимуляция секреции-активация трипсиногена-активация трипсином прочих ферментов-аутолитическое повреждение ПЖ-дальнейшее закисление среды, выброс цитокинов, нарушение проницаемости с дальнейшей активацией ферментов(порочный круг)

Копростаз, как осложнение грыж. Механизм возникновения, отличие от калового ущемления. Клиника, диагностика, лечение копростаза.

Под копростазом понимают закупорку просвета кишки каловыми массами как в грыжевом мешке, так и сигмовидной и прямой кишки,без нарушения кровообращения.Признаки обтурации развиваются медленно, постепенно. Запорам способствует малоподвижный образ жизни и пища, не содержащая клетчатки (белый хлеб, сыр, сметана и др.).Появляются упорные запоры, боли в животе, увеличение грыжевого выпячивания. Редко появляются общие симптомы интоксикации.

Копростаз Ущемление

Тип развития постепенно, медленно внезапно

Припухлость Невправимая Невправимая

безболезненная Резко болезненная

Мягкая на ощупь Резко напряжена, эластичной консистенции

Кашлевой толчок определяется Кашлевой толчок не определяется

Страдает незначительно Тяжелое состояние больного, часто шоковое

Лечение: проводится комплексное консервативное лечение: диета, богатая клетчаткой, травяные слабительные, медикаментозная стимуляция кишечника (прозерин и др.), очистительные клизмы, клизмы по Огневу, удаление каловых камней из прямой кишки, физиолечение для стимуляции перистальтики кишечника (тепловые процедуры на живот, полуспиртовые компрессы на живот), оксигенобаротерапия.

Билет 16

Разлитой гнойный перитонит. Понятие. Причины. Клиника.

Поражена вся брюшная полость без чётких анатомических границ и тенденции к отграничению. Причины: деструктивный аппендицит(60%), деструктивный холецистит, заболевания ж-ка и 12-ти перстной кишки(язва, рак) осложнившейся перфорацией, острый панкреатит, дивертикулёз и рак ободочной кишки с перфорацией, тромбоз сосудов кишечника, проникающие ранения живота, несостоятельность швов анастомозов после операций на органах брюшной полости.Клиническая картина в зависимости от стадии I стадия реактивная (до 24 часов, иногда до 48 часов) Местный перитонит переходит в распространенный. Выпот в животе серозный: боли в животе, рефлекторная рвота, учащение пульса, повышение температуры, сухость языка. II стадия токсическая (до 48-72 часов) Диффузный или распространенный перитонит. В брюшной полости появляется гной, фибрин: боли в животе, резкая интоксикация, пульс и дыхание значительно учащены, язык сухой, живот вздут, нарастает парез кишечника — паралич с задержкой кала и газа. Рвота фекалоидная в виде срыгивания. III стадия (3-5 суток) Разлитой перитонит. Стадия полиорганной недостаточности. Сознание смутное, возбуждение, лицо Гиппократа: боли уменьшаются вследствие тяжелой интоксикации и изменений в ЦНС. Грубые нарушения функции почек, сердца, легких, печени (желтушность, уремия, расстройство сердечного ритма). Резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость лейкоцитов. Признаки гиповолемии: возбуждение, беспокойство, учащенное дыхание, холодная влажная пятнистая кожа, частый нитевидный пульс, значительное снижение диуреза — до 25 мл/час, низкое пульсовое давление, метаболический ацидоз

Ущемленная грыжа: понятие, виды. Механизм изменений в ущемленном органе. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Ущемление—остро возникающее осложнение грыж, при котором органы брюшной полости, выходя в подкожную клетчатку, передавливаются грыжевыми, воротами (с нарушением в них кровообращения и иннервации). По механизму возникновения различают: Эластическое — когда под влиянием резкого повышения внутрибрюшного давления через грыжевые ворота выходят органы брюшной полости, объем которых больше размеров грыжевого мешка, что приводит к их растяжению. Каловое — происходит из-за переполнения петли кишки в ГМ каловыми массами. Приводящий отдел кишки при этом растягивается и сдавливает в грыжевых воротах отводящую петлю (и её сосуды и нервы). По форме различают- Антеградное — нарушение кровообращения и иннервации в грыжевом содержимом. Пристеночное (Рихтеровское) —когда ущемляется только часть окружности кишки. Пассаж по кишке не нарушается. Клиническая картина ущемления не выражена, общая симптоматика выражена слабо, а через 2-4 дня после ущемления развивается картина разлитого перитонита. Ретроградное (грыжа Майдля) содержимое ГМ передавливает участок брыжейки петли кишки, находящейся в брюшной полости, которая и подвергается некрозу, клиническая картина- признаки разлитого перитонита и механической кишечной непроходимости. Признаки ущемления Внезапные интенсивные боли в области грыжевого выпячивания, Остро возникшее невправление грыжевого мешка, Легко вправимая грыжа внезапно становится невправимой, резко болезненной, Прогрессирующее увеличение грыжевого выпячивания и болей, Прекращение перистальтики в грыжевом мешке. Усиление перистальтики в брюшной полости, Признаки острой странгуляционной непроходимости (тошнота, рвота, вздутие живота, сухость языка и др.). Лечение - экстренная операция. Задачи - устранить ущемление и выяснить жизнеспособность ущемленного органа. При явных признаках некроза ущемленный орган следует резецировать. Если нет явных признаков некроза, ущемленную кишку надо обложить салфетками с теплым физиологическим раствором. Резецируя нежизнеспособную петлю кишки, следует отступить от видимой со стороны серозной оболочки границы некроза проксимально не менее 30-40 см, а дистально на 15-20 см.

Билет 17

Перитонит классификация по распространенности, причинам, характеру экссудата, стадии.

По распространенности. 1.Местый (вовлекает в процесс одну анатомическую область).

Отграниченный (воспалительный инфильтрат, абсцесс: поддиафрагмальный,

подпеченочный, межпетельный, илеоцекальной области, Дугласова пространства).

Неотграниченный (нет отграничивающих сращений вокруг одной вовлеченной в воспалительный процесс анатомической области). 2.Распространенный (воспалительный процесс захватывает брюшину 2 и более анатомических областей). Диффузный (вовлекает в процесс брюшину от 2 до 5 анатомических областей).Разлитой (поражена вся брюшная полость). По причинам Как осложнение острых заболеваний органов брюшной полости и малого таза (острый аппендицит и холецистит, деструктивный панкреатит, тромбоз брыжеечных сосудов, ущемленная грыжа, гинекологические заболевания).Прободной (перфорация язв различной локализации, перфорация полого органа инородным телом). Раневой (связанный с различными повреждениями брюшной полости). Послеоперационный (как осложнение оперативных вмешательств, выполняемых в плановом порядке или по экстренным показаниям, но без патологического экссудата в брюшной полости). Продолжающийся (перитонит в раннем послеоперационном периоде прогрессировал). По характеру экссудата Серозный, Фиброзный. Гнойный, Гнилостный, Каловый, Геморрагический. Сочетание (фибринозно-гнойный и др.). Клиническая картина в зависимости от стадии I стадия реактивная (до 24 часов, иногда до 48 часов): боли в животе, рефлекторная рвота, учащение пульса, повышение температуры, сухость языка. II стадия токсическая (до 48-72 часов): боли в животе, резкая интоксикация, пульс и дыхание значительно учащены, язык сухой, живот вздут, нарастает парез кишечника — паралич с задержкой кала и газа. Рвота фекалоидная в виде срыгивания.

III стадия полиорганной недостаточности (3-5 суток): боли уменьшаются вследствие тяжелой интоксикации и изменений в ЦНС. Грубые нарушения функции почек, сердца, легких, печени (желтушность, уремия, расстройство сердечного ритма). Резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость лейкоцитов. Признаки гиповолемии: возбуждение, беспокойство, учащенное дыхание, холодная влажная пятнистая кожа, частый нитевидный пульс, значительное снижение диуреза — до 25 мл/час, низкое пульсовое давление, метаболический ацидоз.

Диффузный токсический зоб. Этиология патогенез. Кинические формы тиреотоксикоза. Клиника, диагностик, а лечение.

ДТЗ — аутоиммунное заболевание, характеризующееся стойким патологическим повышением продукции тиреоидных гормонов диффузно увеличенной щитовидной железой под влиянием специфических At с последующим нарушением функционального состояния различных органов и систем, в первую очередь сердечно-сосудистой и ЦНС. дтз расценивается как генетическое заболевание аутоиммунной природы, и обусловлено врожденным дефектом в системе иммунологического контроля. Результатом нарушения клеточного и гуморального иммунитета является накопление в крови Ig (в основном класса G) обладающих способностью взаимодействовать с рецепторами тиреотропного гормона на плазматической мембране тиреоцитов и подобно ТТГ стимулировать щитовидную железу. Эти тиреостимулирующие иммуноглобулины успешно конкурируют за рецепторы к ТТГ вытесняя действие ТТГ. Иммуноглобулины длительно действующие стимуляторы щитовидной железыэто приводит к избыточному количеству гормонов. Из-за многообразного действия тиреоидных гормонов клиника вариабельна. Наиболее чувствительной к избытку тиреоидных гормонов является ЦНС больные суетливы, многословны, непоследовательны, торопливые, несобранные.тахикардия, психическая возбудимость, раздражительность, нарушение сна, наличие тремора.экзофтальмия, боли в животе, неустойчивый стул.I. Консервативное лечение А. Патогенетическое. I этап. Тиреостатические препараты — мерказолил, пропицил. II этап. Поддерживающая терапия мерказолилом и замещающая терапия L-тироксином. Б. Симптоматическое. Глюкокортикоиды (при надпочечниковой недостаточности в заместительной дозе; при офтальмопатии в иммуносупрессивной дозе). Бета-адреноблокаторы. Сердечные гликозиды (при недостаточности  
кровообращения). Диуретики (при недостаточности кровообращения, офтальмопатии).

Анаболики (при выраженном катаболическом синдроме). Седативная терапия. Плазмаферез.  
II. Оперативное. Показания к хирургическому лечению: Сочетание ДТЗ с неопластическими процессами в ЩЖ. ДТЗ больших размеров с признаками компрессии окружающих органов и анатомических структур (независимо от тяжести тиреотоксикоза). ДТЗ с тиреотоксикозом тяжелой степени. Отсутствие стойкого эффекта от консервативной терапии, рецидив заболевания. Непереносимость тиреостатических препаратов. Наличие загрудинно расположеного зоба.Клинические формы: Диффузный токсический зоб. Токсическая аденома. Аутоиммунный тиреоидит. Подострый тиреоидит. Рак щитовидной железы (высокодифференцированный). Многоузловой токсический зоб. Аутосомно-доминантный тиреотоксикоз. Struma ovarii. Аденома гипофиза (тиреотропинома, соматотропинома). Хорионэпителиома. Артифициальный тиреотоксикоз. .Синдром частичной рефрактерности к тиреодным гормонам.

Диагностика жалобы, анамнез, физикальное обследование, УЗИ, анализ гормонов ТТГ, Т3, Т4, исследование радиоактивным йодом. Пункция, Ат.

Билет №18

Острый перитонит. Клиника в зависимости от стадии. Диагностика. Современные принципы лечения. Задачи оперативного вмешательства.

Острый перитонит — острое воспаление брюшины, сопровождающее выраженной интоксикацией и нарушением функции жизненно важных органов и систем. стадии I стадия реактивная (до 24 часов, иногда до 48 часов): боли в животе, рефлекторная рвота, учащение пульса, повышение температуры, сухость языка. II стадия токсическая (до 48-72 часов): боли в животе, резкая интоксикация, пульс и дыхание значительно учащены, язык сухой, живот вздут, нарастает парез кишечника — паралич с задержкой кала и газа. Рвота фекалоидная в виде срыгивания.

III стадия полиорганной недостаточности (3-5 суток): боли уменьшаются вследствие тяжелой интоксикации и изменений в ЦНС. Грубые нарушения функции почек, сердца, легких, печени (желтушность, уремия, расстройство сердечного ритма). Резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость лейкоцитов. Признаки гиповолемии: возбуждение, беспокойство, учащенное дыхание, холодная влажная пятнистая кожа, частый нитевидный пульс, значительное снижение диуреза — до 25 мл/час, низкое пульсовое давление, метаболический ацидоз. Лечение перитонита интенсивная терапия, анестезия, операция, послеопарционный период.

Основные задачи: 1) устранение источника перитонита; 2) устранение последствий перитонита интенсивной терапией в раннем послеоперационном периоде. Устранение перитонита в два этапа: 1) предоперационная подготовка; 2) оперативное вмешательство. Предоперационная подготовка продолжается в среднем 2-3 часа. Она направлена на коррекцию сдвигов кардиогемодинамики и системы гомеостаза, ОЦК. Задачи оперативного вмешательства Ревизия брюшной полости и установление причины перитонита. Устранение причины перитонита. Санация брюшной полости. Дренирование брюшной полости. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта. Надежное закрытие раны.

Диагностика жалобы, анамнез, физикальное обследование, диагностическая пункциябрюшной полости, лапароскопия, УЗИ брюшной полости, Рентгенологическое исследование брюшной полости без контраста в положении стоя, КТ,

Облитерирующий тромбангиит артерий. Этиология патогенез. Клиническая картина. Принципы консервативного лечения. Виды оперативных вмешательств.

Для возникновения и развития заболевания имеют значение многие факторы, в т.ч. курение, длительное переохлаждение.

характерен восходящий тип развития облитеращш сосудов конечности — от дистальных отделов артериального русла к проксимальным. Поражения сосудов при эндартериите также носят сегментарный характер, но с начальным и преимущественным поражением дистальных отделов сосудистого русла.

Основными жалобами больных являются: ощущение онемения конечности (появляется ночью в гори- зонтальном положении), парестезии, быстрая утомляемость, зябкость конечности, «перемежающая хромота».

Консервативное лечение: Противовосполительные препараты как НПВС, так и гормональные (преднизо-лон). Антикоагулянты.фракционные и не фракционные, тромбоцитарные дезагреганты(куранил, аспирин, тиклопидин), сосудо расширяющие препараты (папаверин), препараты улучшающие потребление тк кислорода (актовегин), ангиопротекторы. Плазмаферез, препараты на основе простогландина. Виды оперативного вмешательства: Паллиативные операции: длительная аорто-артериальная инфузия, поясничная симпаткэтомия и реваскуляризирующая остеотрепанация. Микрохирургуческая трансплантация сальника, артериализация венозной системы стопы, сосудистая пластика (реконструктивные операции на артериях)

Билет №19

Отграниченный перитонит: понятия, виды. Подпеченочный абсцесс: клиника, диагностика, лечение.

Отграниченный перитонит чётко отграничен от остальных отделов брюшной полости спайками, фиброзными налётами, большим сальником и др. органами (виды:воспалительный инфильтрат, абсцесс: поддиафрагмальный, подпеченочный, межпетельный, илеоцекальной области, Дугласова пространства).

Клиническая картина складывается из лихорадки, болей под ложечкой и в правом подреберье, выраженной интоксикации, субиктеричности кожных покровов.

Диагностика сложна, часто требует применения параклинических методов исследования, среди которых информативны рентгенография брюшной полости, эхография, компьютерная томография и магниторезонансная томография.

При исследовании крови обнаруживают высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличенную СОЭ.Лечение хирургическое – вскрытие и дренирование гнойни

Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика. лечение. Виды операций.

несколько этиологических факторов:

1. Наследственность. Не менее чем у 25% больных близкие родственники страдали или страдают варикозной болезнью. Вероятно, это связано с наследованием некоего дефекта соединительной ткани.

2. Ожирение. Является доказанным фактором риска варикозной болезни среди женщин репродуктивного и менопаузального возраста.

3. Образ жизни имеет существенное значение в развитии и течении заболевания. В частности, неблагоприятное влияние оказывают длительные статические нагрузки, связанные с подъемом тяжестей или неподвижным пребыванием в положении стоя и сидя и т. д.

4. Беременность. Традиционно считается одним из основных факторов риска развития варикозной болезни, объясняющим более частое (в 3-4 раза) поражение женщин.

5. Дисгормональные состояния также участвуют в патогенезе варикозной болезни. Их роль в последние годы прогрессивно возрастает, что связано с широким использованием средств гормональной контрацепции. Доказано, что прогестерон и его производные снижают тонус венозной стенки за счет постепенного разрушения коллагеновых и эластических волокон.

Клиника: Варикозно расширенные вены на ноге, синдром тяжелых ног, преходящий или постоянный отек, судороги и боли в икроножной мышце, трофические расстройства или язвы в области медиальной поверхности нижней трети голени.

Диагностика: физикальных методах обследования венозной системы пальпаторное определение локализации несостоятельной перфоративной вены; проба со жгутом. ультразвуковая допплерография, дуплексное сканирование , ренгеноконтрастная флебография.

Лечение: Консервативное лечение : коррекция образа жизни(активное, физич. упражнения); Компрессионное лечение(бандажи, трикотаж); Лекарственное веноактивные препараты , повышающие тонус вен и улучшающие лимфодренажную функцию(рутины, диасмин); Для улучшения реологических свойств крови и устранении микроциркулятроных расстройств ацетилсалициловую кислоту; Физиотерапия и ЛФК, Склеротерапия. Хирургическое : флебэктомия, кроссэктомия, Эпифасциальная перевязка, субфасчциальная перевязка, ликвидация ствола большой или малой подкожных вен, коррекция клапанов глубоких вен спирал

Билет №20.

1.Виды отграниченного перитонита. Поддиафрагмальный абсцесс. К.Д.Л.

2. Флеботромботическая болезнь. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

1. Отграниченный перитонит чётко отграничен от остальных отделов брюшной полости спайками, фиброзными налётами, большим сальником и др. органами (воспалительный инфильтрат, абсцесс: поддиафрагмальный, подпеченочный, межпетельный, илеоцекальной области, Дугласова пространства). Признаки Боли — стихают общие, нарастают локальные. Напряжение мышц не разлитое, а ограниченное или отсутствует. Появление опухолевидного образования, определяемого при пальпации живота. Притупление перкуторного звука над «опухолью» (при поддиафрагмальном абсцессе может быть тимпанический звук). Температура тела — постоянно ступенеобразно повышается (иногда сразу), с высокими вечерними подъемами и ознобами. Пульс соответствует температуре. Кровь — лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Вялое течение наблюдается на фоне антибиотикотерапии, у ослабленных больных, при маловирулентной инфекции.

Поддиафрагмальный абсцесс локализуется в правом или левом поддиафрагмальном пространстве и является осложнением различных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости: аппендицита, острого холецистита, перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острого панкреатита и различных операций -на органах брюшной полости. Клиника и диагностика: постоянные боли, локализующиеся в правом или левом подреберье, которые могут иррадиировать в спину, лопатку, надплечье (за счет раздражения окончаний диафрагмального нерва), беспокоит тошнота, икота. Температура тела повышена до фебрильной, носит интермиттирующий характер. Пульс учащен до 100—110 в минуту. При осмотре - вынужденное положение больного на спине или на боку, иногда полусидя. Язык суховат, обложен налетом грязно-серого цвета. Живот несколько вздут, болезнен при пальпации в подреберье, в межреберных промежутках соответственно локализации гнойника. Тонус мышц передней брюшной стенки соответственно локализации абсцесса несколько повышен. Симптомы раздражения брюшины определяются редко. В общем анализе крови выявляют лейкоцитоз, неитрофилез, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ — признаки, характерные для гнойной интоксикации. При подозрении на поддиафрагмальный абсцесс обязательно проведение рентгенологического исследования в положении стоя и латеропозиции. При наличии поддиафрагмального абсцесса можно отметить более высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения, ограничение ее подвижности, выпот в плевральной полости оттеснение желудка. Прямым рентгенологическим симптомом является наличие уровня жидкости с газовым пузырем над ним.

Лечение: хирургическое - вскрытие и дренирование гнойника. Может быть применен как чрезбрюшинный, так и внебрюшинный доступ по Мельникову или со стороны спины с резекцией 7 ребра. Последний предпочтительнее, так как удается избежать массивного бактериального обсеменения брюшной полости.

2. Флеботромботическая болезнь

Тромбоз глубоких вен ниж.кон.-процесс образ-я тромба в глубоких венах ниж.кон. Классификация:1. тромбоз вен голени и подк.вены.2. Тромбоз бедренной вены. 3.Т-з магистральных вен таза ( сегментарный т-з наружной или общей подвздошной вены, распространенный тромбоз подвздошно-бедренного сегмента, т-з системы внутренней подвзд.вены.4 Т-з ниж.пол.вены (инфраренальный сегмент, ренальный. печеночный) По распространенности:периферический,центральный, нисходящий, восходящий.

Клиника:Боль в икронож.м., усилив.,при движении в голеностопном суставе и в вертик. позе. Отек стопы. голени, бедра. преобладает левостороннее поражение. Д-ка:Реовазография.плетизмография. Радионуклидное исследование, Определение фибрин-мономеров. Уз допплерография, Дуплексное сканирование., рентгеноконтрастная ретроградная илеокаваграфия. Лечение: Консервативное:строгий пост.режим, эластическая компрессия, антикоагулянтная терапия(гепарин), Реополиглюкин, Аспирин, Ник.к-та, НПП (диклофенак), Оперативное: предотвращение массивной тромбоэмболии. 1.Венозная тромбэктомия, регионарная тромболитическая терапия, эндоваскулярные операции, пликация ниж.пол.вены.

Билет №21

1.виды отграниченного перитонита. Абсцесс Дугласова пространства.КД.Л.

2.Хронический аппендицит. Классификация. К.Д. Дифф.д-ка. лечение.

1. . Отграниченный перитонит чётко отграничен от остальных отделов брюшной полости спайками, фиброзными налётами, большим сальником и др. органами (воспалительный инфильтрат, абсцесс: поддиафрагмальный, подпеченочный, межпетельный, илеоцекальной области, Дугласова пространства). Абсцесс Дугласова пространства Локализация—область малого таза. Причины: острый деструктивный аппендицит, гнойные гинекологические заболевания. Клиника и диагностика: постоянные довольно интенсивные боли в нижней части живота. При выраженной воспалительной инфильтрации стенки прямой кишки и мочевого пузыря можно наблюдать зияние ануса, недержание кала и газов, дизурию. Колебания температуры достигают 2—3°С с повышением до 39°С и выше. При пальпации живота, не удается выявить напряжения мышц передней брюшной стенки и перитонеальных симптомов. Лишь при большом скоплении гноя (1 л и более) и распространении воспаления по брюшине в проксимальном направлении появляется мышечная защита. При ректальном исследовании определяют нависание передней стенки прямой кишки, резкую болезненность при пальпации этой области, иногда здесь же можно пропальпировать уплотнение тестоватой консистенции. У женщин при вагинальном исследовании - нависание заднего свода влагалища, резкую болезненность при смещении шейки матки. В анализе крови также можно выявить признаки, характерные для гнойного процесса. Лечение хирургическое — под общим обезболиванием производят насильственное расширение ануса, пункцию гнойника через переднюю стенку прямой кишки и вскрытие гнойника по игле, введенной в полость абсцесса. В образовавшееся отверстие вводят дренажную трубку.

2. Хронический аппендицит принято делить на первично-хронический(когда в анамнезе заболевания отсутствуют указания на приступы острых болей в животе) и вторично-хронический(в анамнезе был один приступ острого аппендицита, такой аппендицит хронический резидуальный).

В случае двух или более приступов острого аппендицита в анамнезе заболевания аппендицит называют хроническим рецидивирующим, диагноз хронического аппендицита ставится через 6-8 недель от начала острого приступа аппендицита. Склеротические изменения в червеобразном отростке: отросток уплотнен, уменьшен в диаметре, гросвет сужен или облитерирован. Клиника. Ведущей жалобой является незначительная боль в правой подвздошной области, усиливающаяся при физических нагрузках, бывает иррадиация болей в спину, запоры, вздутие живота, неустойчивый стул, недомогание. Выявляются болезненные точки в животе: 1) точка Мак-Бурнея (точка наружной трети линии, соединяющей пупок с верхнепередней остью подвздошной кости); 2) точка Ланца (точка наружной трети линии, справа соединяющей обе передне-верхние ости подвздошных костей); 3) точка Кюммеля на 2 см ниже и вправо от пупка. Характерным является симптом Ситковского — усиление боли в правой подвздошной области в положении на правом боку. Часто выявляется положительный симптом Барточье-Михельсона — болезненность при пальпации в правой подвздошной области в положении на правом боку. Дифф. Диагноз с хронической язвой желудка, хроническим колитом, хронический холецистит, почечнокаменная болезнь. Дополнительные методы диагностики хронического аппендицита Ирригоскопия (не заполнение отростка, его деформация). Лапароскопия. Лечение полезна апендэктомия в плановом порядке. Ее проводят из-за опасности перехода хронического воспаления в острое и невозможности оценки исхода этой ситуации. Хирургическое вмешательство – после исключения других заболеваний.

Билет №22. 1. Осложнение острого холецистита. Острый холангит. К.Д.Л.

2. Спорадическийи эндемический зоб. Классификация, этиология, потогенез. К.Д.Л.

1. ОХ-полиэтиологическое заболевание. Причина наличие ж.камней в ж.п., бескаменных- инфекция. Осложнения: Эмпиема — острое гнойное воспаление жёлчного пузыря • Перфорация (15% случаев) •• В свободную брюшную полость, течение острое, летальность 30% •• Локальная — приводит к развитию околопузырного абсцесса, течение подострое •• В смежный орган (двенадцатиперстную, тощую, ободочную кишку или желудок), течение хроническое с образование пузырно-кишечного свища • Сепсис • Панкреатит.

При остром катаральном холангите слизистая оболочка желчных протоков отекшая, набухшая, гиперемирована, инфильтрирована нейтрофильными лейкоцитами и лимфоцитами; в просвете протоков много слизи, окрашенной желчью, клетки десквамированного эпителия. Симптомы острого холангита:

 Острый холангит проявляется болями в правом подреберье с иррадиацией, как и при холециститах, в правое плечо и руку, в правую лопатку, перемежающейся лихорадкой с ознобами и обильными потами, тошнотой и рвотой. Наблюдается желтуха вследствие застоя желчи или вторичного вовлечения печени в патологический процесс. В последнем случае печень умеренно увеличена, край ее мягкий, болезненный; нередко увеличена и селезенка. В крови определяются нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево и увеличенная СОЭ, изменяются функциональные печеночные пробы. Наиболее тяжелое течение имеет так называемый острый септический холангит.

Дифференциальную диагностику проводят в первую очередь с острым холециститом, желчекаменной болезнью, абсцессом печени.

Лечение проводится в стационарных условиях антибиотиками, как при остром холецистите. При закупорке общего желчного протока проводят хирургическое лечение.

2. Эндемич.зоб-пат. увелич. щ.ж., встречающееся в определенных географ. районах с недастаточностью йода в окрж.среде. Спорадический зоб- пат. увел. щ.ж., связанное с нарушением метаболизма йода в организме или приемом зобогенных в-в. Классиф: по степени увеличения щ.ж( 0,1,2,3,4,5) По форме( узловой, дифф., смеш), По функц. проявлениям( эутиреоидный, гипертиреоидный, гипотиреоид,)

Этиология зоба спорадического связывают с факторами, которые могут препятствовать синтезу или использованию тиреоидных гормонов в организме, с наличием врождённых дефектов йодного метаболизма, с нарушениями в транспорте и утилизации гормонов щитовидной железы или воздействием медикаментозных и других струмогенных факторов. Клиника. Щитовидная железа увеличена (чаще до III степени).Лечение зоба длительное. Применяют препараты йода или тиреоидные гормоны. Неэффективность терапии - показания к операции. Эндемический зоб — недостаточное поступление йода в организм. Механизм, посредством которого щитовидная железа адаптируется к йоддефициту, состоит в повышении захвата йода из крови и последующему синтезу и секреции [трийодтиронина](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B8%D0%B9%D0%BE%D0%B4%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D0%BD) (Т3). Эти процессы поддерживаются повышенной секрецией [тиреотропина](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B8%D1%80%D0%B5%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D0%BD) (ТТГ), который обладает зобогенным эффектом. Патогенез:1.  Компенсаторная гиперплазия щитовидной железы как ответная реакция на низкое поступление йода в организм 2. недостаточный синтез тиреоглобулина в эндемичной местности 3. Аутоиммунные факторы . Клиника: Увеличение щ.ж. Д-ка: Клин.анализ крови, Т3, Т4 в крови, Определение в крови тиреоглобулина, УзИ щ.ж., Радиоизотопное сканирование щ.ж., Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия щ.ж. Лечение: При небольшом увеличении размеров железы (зоб 1ст) назначение йодида калия, продуктов богатых йодом.

При наличии снижения функции щитовидной железы назначаются синтетические аналоги тироидных гормонов (Левотироксин, Эутирокс) или комбинированных препаратов (Тиреотом), под контролем содержания гормонов щитовидной железы в крови. Если форма зоба узловая, узлы большие или быстрорастущие, приводящие к сдавлению окружающих органов, проводится хирургическое лечение зоба. После операции назначаются гормоны щитовидной железы, для блокирования по механизму обратной связи тиреотропина и предупреждения рецидива зоба.

Билет №23.

1 Острый панкреатит. Клиника. Д. Дифф.диагностика.

2. Грыжи. понятие. Классификация. Элементы грыж. Этиология, патогенез.

1. ОП-острый патологический пр-сс в тк. п.ж., обусловленный ферментативным аутолизом с воспалительной реакцией, приводящий к некрозу и вторичному инфицированию с поражением органов и систем. Клиника:острая боль в подложечной области,опоясывающая, многокр.рвота, метеоризм, СС недостаточность, Изменение содержания амилазы в крови, диастазы в моче. Диагностика: Узи,рентгенологические методы, КТ, Лапароскопия. ФГДС с осмотром Фатерова сосочка, бактериологические методы исслед. Дифф.д-ка: Обострение язвы жд. и 12-к-ки( ФГДС. УЗИ, диастаза, липаза), Перфоративная язва жд. и 12-к-ки( Рентгенография бр.пол.стоя, Узи, ферменты, лапароскопия), О.Аппенд(Узи. Ф. Липаза), О.Пиелонефрит( Узи, амилаза мочи. Ф), ОКН( Рентгенография бр.полости стоя. Узи. Ф, липаза) О гастроэнтерит( ФГДС, Узи, Ф), Мезентеральный тромбоз( Узи+ допплер,лапароскопия), Разрыв аневризмы бр.аорты(Узи, лапар.), И.М( Узи, ЭКГ, Ф), Пищевая токсикоинфекция( УЗИ, Ф, бак.анализ)

2. Грыжей живота выхождение тканей и органов брюшной полости за её пределы вместе с брюшиной, полностью или частично покрывающей эти органы, через естественные или искусственные отверстия в брюшной стенке. Для грыж обязательно наличие трех элементов: грыжевых ворот, грыжевого содержимого (любой орган брюшной полости) и грыжевого мешка.

Классификация грыж по локализации

I. Наружные (паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота, полулунной (спигелиевой) линии, мечевидного отростка).

II. Внутренние

А. Внутрибрюшные внутренние грыжи (брыжееч-но-пристеночные, грыжи отверстия Винслова, брыжейки поперечно-ободочной кишки или сальниковой сумки, брыжейки тонкой кишки, сигмовидной кишки, червеобразного отростка и сальника, серповидной связки печени, Дугласова пространства).

Б. Брюшно-грудные грыжи:

1. Диафрагмальные грыжи

2. Аплазия диафрагмы.

3. Грыжи естественных отверстий диафрагмы (пищеводного отверстия, параэзофагальные).

Классификация грыж по времени образования

1. Врожденные.

2. Приобретенные (от усилия, от слабости брюшной стенки, послеоперационные, травматические, искусственные невропатические и патологические грыжи).

Классификация грыж по клиническому течению

1. Неосложненные (вправимые, свободные).

2. Осложненные:

а) невправлением (fixata);

б) с явлениями копростаза (coprostasis);

в) с явлениями воспаления (inflamata);

г) с явлениями ущемления (incarcerata);

д) с повреждением содержимого грыжевого мешка.

Этиология Местные причины образования грыж характеризуются особенностями анатомического строения в области грыжевых ворот. Это наличие «слабых» мест брюшной стенки (паховый канал, бедренное и пупочное кольца, белая линия живота, спигелевая линия и др.).

Предрасполагающими общими факторами являются: наследственность, пол, возраст, особенности телосложения, степень упитанности. К производящим причинам относятся факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления и ослабления брюшной стенки. Это тяжелый физический труд, вынашивание беременности, запоры, затруднение мочеиспускания, кашель и др.

Грыжи развиваются стадийно, постепенно. Для паховых грыж различают следующие стадии:

1. Начинающаяся грыжа (hernia incipiens). В этой стадии формируется грыжевой мешок.

2. Неполная грыжа (hernia incomplete). Грыжевой меток занимает паховый канал, но из наружного пахового отверстия он не выходит (hernia canacularis).

3. Полная грыжа (hernia completa). Грыжевой мешок выходит в подкожную клетчатку (hernia inguinalis).

4. Паховомошоночная грыжа. Грыжевой мешок спускается в мошонку (hernia scrotales).

5. Грыжа огромных размеров (hernia per magna).

Для грыж других локализаций отсутствует пахово-мошоночная стадия, и 4-й стадией является грыжа огромных размеров.

Билет №24.

1. ОКН. Классификация. Этиология, патогенез. 2. Прямая, косая паховые грыжи. Механизм образования. Д., дифф.д-ка,лечение.

1. Непроходимость кишечника ОКН— это нарушение пассажа кишечного содержимого Этиология Различают причины: Механические. 1.Патология брюшины, органов брюшной полости и стенок живота. а)Спайки. б) Грыжи живота (наружные и внутренние). в)Заворот (тонкой, сигмовидной, слепой кишки). г)Врожденные тяжи брюшины. д)Сдавление кишки снаружи (опухоль, абсцесс, гематома, сосудистая аномалия, эндометриоз. 2.Патология кишечника. а)Опухоли (доброкачественные, злокачественные, метастазы). б)Воспалительные заболевания (болезнь Крона, дивертикулит, лучевой энтерит). в)Пороки развития (атрезия, стеноз, аплазия). г)Инвагинация. д)Травма (гематома двенадцатиперстной кишки, особенно на фоне введения антикоагулянтов и при гемофилии). 3.Обтурация кишки. а)Инородные тела. б)Безоары. в)Желчные камни. г)Каловые камни. д)Меконий. е)Бариевая взвесь. ж)Гельминтоз (клубок аскарид). Функциональные. 1)Паралитическая непроходимость. 2)Спастическая непроходимость. 3)Болезнь Гиршспрунга. 4)Псевдообструкция кишечника. 5)Острые нарушения мезентериального кровообращения. а)Окклюзия брыжеечной артерии. б)Окклюзия брыжеечной вены.

Клиническая картина зависит от вида непроходимести кишечника и от уровня препятствия Основные симптомы — тошнота, рвота, боль в живот вздутие живота, задержка стула и газов. Симптомы раздражения брюшины — признак некроза или перфорации кишки. Классификация. Механическая непроходимость. 1)Обтурационная. а)закрытие просвета опухолями, инородными телами, глистами, копролитами; б)сдавление извне опухолями, воспалительными инфильтратами, метазтазами, воспалит. лимфоузлами, спайками. 2)Странгуляционная. а)заворот; б)узлообразование; в) спаечная непроходимость; г)внутренние ущемлённые грыжи; д) инвагинации. 3)Смешанные формы а)ущемлённые наружные и внутренние грыжи; б)инвагинация; в)спаечная непроходимость вместе с сдавлением стенки кишки и брыжейки. 4)Тромбозы и эмболии сосудов брыжейки.

Динамическая а)спастическая; б)паралитическая..

2. Косая пах-если грыжевой мешок выходит через лат. ямку. (у молодых) Часто ущемляются. Грыжевой мешок располагается снаружи от семенного канатика. Прямая –если грыжевой мешок выходит из живота через медиальную паховую ямку( чаще у пожилых) Механизм образования:1. Начинающаяся грыжа

2. Неполная грыжа. Грыжевой меток занимает паховый канал, но из наружного пахового отверстия он не выходит 3. Полная грыжа. Грыжевой мешок выходит в подкожную клетчатку 4.Паховомошоночная грыжа. Грыжевой мешок спускается в мошонку 5.Грыжа огромных размеров Для грыж других локализаций отсутствует пахово-мошоночная стадия, и 4-й стадией является грыжа огромных размеров.

Диф. Диагностика пах.грыжи: с бедренной, доброкач. опухолями подкожной клетчатки. лимфаденитом, водянкой семенного канатика ЛЕЧЕНИЕ КОСОЙ:укрепление перед.и зад.стенки ( по Жирару, Спасокукотскому, Кимбаровскому. Мартынову) ПРЯМОЙ: укрепление зад.ст.( по Бассини, Постемпскому. Кукуджанову)

Билет №25.

1.Классификация острого панкреатита. Осложнения. 2. Врожденная паховая грыжа. Механизм возникновения, клиника, диагностика, диф.д-ка. лечение.

1. Классификация:1. Отечный пан-ит 2. Панкреонекроз стерильный. По характеру некротических поражений(жировой, геморрагический, смешанный), По локализации процесса (головка, тело, хвост), По распрастраненности (мелко- крупноочаговый, субтотально-тотальный) 3 Панкреонекроз инфицированный.

Осложнения: местные( в доинф.фазу: панкреатический и парапанкреатический инфильтрат, некротическая флегмона забрюшинной клетчатки, перитонит стерильный., арроз.кровотечения, эрозивные кровотечения, механическая желтуха. в инф.фазу:панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюш.клетчатки, перитонит фиброзно-гнойный, псевдокиста, внутренние и наружные свищи, эроз. и арроз. кровотесения.)

Системные осложнения:Шок, Сепсис, ДВС, Полиорг.нед-ть, энцфалопатия, психозы, перикардиальный и плевральный выпот, Острый респираторный дистресс-синдром)

2. Врожденная паховая грыжа-грыжа у котрой грыжевым мешком явл-ся незаращенный влагалищный отросток брюшины нередко сочетается с водянкой яичка и семенного канатика. В этом случае возможны следующие варианты:   1) влагалищный отросток частично облитерирован; при этом отшнуровывается его часть, непосредственно прилежащая к яичку, становясь полостью водянки; верхний отдел влагалищного отростка брюшины становится грыжевым мешком; 2) влагалищный отросток брюшины, оставаясь незаращённым у глубокого (внутреннего) отверстия пахового канала, облитерируется на отдельных участках. Это приводит к сочетанию врождённой грыжи с кистами семенного канатика. Врожденная паховая грыжа тесно связана с процессом опускания яичек у плода. Вследствие опущения яичек, формируется естественный дефект, носящий название внутреннее паховое кольцо. Если паховое кольцо после рождения не сожмется в достаточной мере и не произойдет заращения брюшинной оболочки (влагалищного отростка брюшины) в этой зоне может сформироваться паховая грыжа. Отличительной особенностью такой грыжи является то, что в грыжевом мешке, кроме органа брюшной полости также находится яичко. Операция, направленная на устранение грыжи называется герниопластика. Целью герниопластики является удаление грыжи, и укрепление задней стенки пахового канала. 1) Пластика местными тканями.2) Пластика с применением синтетических протезов.3) Лапароскопическая герниопластика.

Билет №26.

1. ОКН. классификация.Этиология патогенез. 2. Прямая, косая паховые грыжи. Механизм образования. Д., дифф.д-ка,лечение.

1. Непроходимость кишечника ОКН— это нарушение пассажа кишечного содержимого Этиология Различают причины: Механические. 1.Патология брюшины, органов брюшной полости и стенок живота. а)Спайки. б) Грыжи живота (наружные и внутренние). в)Заворот (тонкой, сигмовидной, слепой кишки). г)Врожденные тяжи брюшины. д)Сдавление кишки снаружи (опухоль, абсцесс, гематома, сосудистая аномалия, эндометриоз. 2.Патология кишечника. а)Опухоли (доброкачественные, злокачественные, метастазы). б)Воспалительные заболевания (болезнь Крона, дивертикулит, лучевой энтерит). в)Пороки развития (атрезия, стеноз, аплазия). г)Инвагинация. д)Травма (гематома двенадцатиперстной кишки, особенно на фоне введения антикоагулянтов и при гемофилии). 3.Обтурация кишки. а)Инородные тела. б)Безоары. в)Желчные камни. г)Каловые камни. д)Меконий. е)Бариевая взвесь. ж)Гельминтоз (клубок аскарид). Функциональные. 1)Паралитическая непроходимость. 2)Спастическая непроходимость. 3)Болезнь Гиршспрунга. 4)Псевдообструкция кишечника. 5)Острые нарушения мезентериального кровообращения. а)Окклюзия брыжеечной артерии. б)Окклюзия брыжеечной вены.

Клиническая картина зависит от вида непроходимести кишечника и от уровня препятствия Основные симптомы — тошнота, рвота, боль в живот вздутие живота, задержка стула и газов. Симптомы раздражения брюшины — признак некроза или перфорации кишки. Классификация. Механическая непроходимость. 1)Обтурационная. а)закрытие просвета опухолями, инородными телами, глистами, копролитами; б)сдавление извне опухолями, воспалительными инфильтратами, метазтазами, воспалит. лимфоузлами, спайками. 2)Странгуляционная. а)заворот; б)узлообразование; в) спаечная непроходимость; г)внутренние ущемлённые грыжи; д) инвагинации. 3)Смешанные формы а)ущемлённые наружные и внутренние грыжи; б)инвагинация; в)спаечная непроходимость вместе с сдавлением стенки кишки и брыжейки. 4)Тромбозы и эмболии сосудов брыжейки.

Динамическая а)спастическая; б)паралитическая..

2. Косая пах-если грыжевой мешок выходит через лат. ямку. (у молодых) Часто ущемляются. Грыжевой мешок располагается снаружи от семенного канатика. Прямая –если грыжевой мешок выходит из живота через медиальную паховую ямку( чаще у пожилых) Механизм образования:1. Начинающаяся грыжа

2. Неполная грыжа. Грыжевой меток занимает паховый канал, но из наружного пахового отверстия он не выходит 3. Полная грыжа. Грыжевой мешок выходит в подкожную клетчатку 4.Паховомошоночная грыжа. Грыжевой мешок спускается в мошонку 5.Грыжа огромных размеров Для грыж других локализаций отсутствует пахово-мошоночная стадия, и 4-й стадией является грыжа огромных размеров.

Диф. Диагностика пах.грыжи: с бедренной, доброкач. опухолями подкожной клетчатки. лимфаденитом, водянкой семенного канатика ЛЕЧЕНИЕ КОСОЙ:укрепление перед.и зад.стенки ( по Жирару, Спасокукотскому, Кимбаровскому. Мартынову) ПРЯМОЙ: укрепление зад.ст.( по Бассини, Постемпскому. Кукуджанову)

Билет №27.

1. Обтурационная киш.непроходимость. Этиология. патогенез. К.Д.Л.диф-д-ка. 2. Язвенный стеноз желудка и 12 перстной к-ки. Клиническая патофизиология. Клиника. Диагностика.

1. ОКН-может происходить вследствие закупорки киш. трубки изнутри( инородным телом, желчным камнем). Пат пр-сс может локализоваться в самой стенки кишки( опухоль к-ка, рубцовый стеноз) или вне к-ки. сдавливающие к-ку снаружи, но не нарушающие её кровоснабжение. Клиника:боль, задержка стула и газов. вздутие живота, усиление перистальтики, тошнота, рвота. ассиметрия живота. Симп. Валя( растянутая кишечная петля, С.Кивуля. С Склярова). Схваткообразная боль в животе различной интенсивности Диагностика: Рентгенолог.метод(рентгеноскопия. графия)Ирригоскопия. Диф.д-ка:О.аппендицит( УЗИ, Лапароскопия), Прободная язва жд.и 12 к-ки, О.Панкреатит, Тромбоз и эмболия мезентеральных сосудов. И.М( ЭКГ) Лечение:1 Консерв(назогастральный зонд. для декомпрессии верх.отделов ЖКТ, сиф. и очистительные клизмы, назначение спазмолитиков, Инфузионная терапия и коррекция электролитных нарушений. 2 Оперативное(лапароскопия)

2. Язвенный стеноз-Стеноз с непроходимостью выходного отверстия привратника или двенадцатиперстной кишки может быть связан с рубцеванием или со спазмом и воспалительным отеком, сопровождающими острую язву. Клиника: 1.Стадия субкомпенсированного стеноза(пост. чувство тяжести в эпигастриии период. рвотой кислым желудочным содержимым Натощак в жд- 200-300мл сожержимого. 2.Стадия субкомпенсированного стеноза(чувство переполнения в эпигастральной области, срыгиванием желудочного содержимого. 2-3 раза обильная рвота (до 1л) 3.Стадия декомпенсации(Резкое истощение, в эпигастрии визуально и перкуторно опред-ся контуры растянутого жд., Прослушивается шум плеска, рвота учащается, зловонный запах. Гипокалиемический, гипохлорэмический алкалоз, олигурия. Диагностика:ФГС с биопсией, Рентгеноконтрастное исследование жд., рН-метрия. электрогастрография, УЗИ . Лечение: дист.резекция по Бильрот 2.

Билет №28.

1. Странгуляционная киш.непроходимость. Понятие, виды, причины. К.Д. Л. 2. Грыжи белой линии живота. Анатомические данные. К.Д.Л. Диф.д-ка. Методы операций.

1. Странгуляционная КН Завороты -закручивание кишки с ее брыжейкой вокруг продольной оси Различают завороты тонкой, сигмовидной и слепой кишки. Этиология:. а) врожденную и приобретенную чрезмерно длинную брыжейку кишки, б) рубцовые тяжи, сращения, спайки между петлями кишечника как врожденного, так и приобретенного характера, в) резкое похудание с исчезновением жировых прослоек между листками брыжейки. а) внезапное повышение внутрибрюшного давления, приводящее к резкому перемещению кишечных петель, б) алиментарные факторы: Клиника и диагностика: тонкой кишки начинаются остро. Резкие боли в превертебральной области. Рвота многократная и не приносит облегчения. Задержка стула и газов бывает не всегда. В первые часы - + симптом Валя. В более поздние сроки - «шум плеска» + симптом Склярова При обзорной рентгеноскопии живота чаши Клойбера, При завороте слепой кишки Боли (как постоянные, так и схваткообразные) локализуются в правой половине живота и в околопупочной области. Рвота появляется в начале заболевания. Задержка стула и газов имеется у большинства больных. При пальпации живота часто обнаруживаете ригидность мышц брюшной стенки. При выслушивании живота отмечают характерные звонкие металлическим оттенком перистальтические шумы. На обзорной рентгенограмме живота видна шаровидно раздута слепая кишка, Заворот сигмовидной кишки чаще у пожилых людей длительно страдающих запорами. Боли возникают внезапно, интенсивные, локализуются обычно в нижних отделах живота и в облает крестца. Рвота одно- и двукратная. Ведущим симптомом является задержка стула и газов. Живо резко вздут. Асимметрия

При рентгеноскопии видна резко раздутая газами сигмовидна кишка, которая занимает почти всю брюшную полость и дает характерный симптом «светлого живота», на фоне которого видно 1—2 чаши Клойбера с длинными уровнями жидкости. Лечение: экстренна операция, Хирургическое лечение состоит в расправлении завернувшихся петель кишки и опорожнении кишки от содержимого. При омертвении кишки показана ее резекция Узлообразование . Протекает с тяжелыми нарушениями кровообращения в сосудах брыжейки и ранним некрозом больших отрезков тонкой и толстой кишки. Этиология: в принимают участие не менее 2 кишечных петель. В узлообразовании обычно принимают участие тонкая кишка и подвижные, имеющие собственную брыжейку отделы толстой кишки, имеются «баллонообразная» ампула прямой кишки и горизонтальные уровни жидкости в левых отделах толстой кишки (наряду с уровнями жидкости в тонкой кишке) Лечение хирургическое В ранней стадии-развязывание узла, а в поздние сроки, прибегают к резекции больших отделов толстой и тонкой кишки. Инвагинация кишок внедрении вышележащего отрезка кишки в нижележащий (нисходящая инвагинация). Внедрение кишечника в обратном на правлении (восходящая инвагинация) наблюдается редко Клиника и диагностика: начинается внезапно, Ведущий симптом — резкие, схваткообразные боли, Боли сопровождаются неоднократной рвотой. Живот при пальпации мягкий. Диагноз: основывается на триаде: симптомов схваткообразные боли, пальпируемое образование правой половине живота, кровянистые выделения из прямой кишки. Лечение: хирургическое.

2. Грыжи белой линии живота Встречаются чаще у мужчин в возрасте 20-35 лет (60%). Типичным местом локализации верхняя (эпигастральная) часть белой линии. Первопричиной является расширение белой линии живота, в белой линии могут возникать ромбовидные щели, образованные перекручивающимися волокнами апоневроза. Эти щели обычно заполнены жировой тканью, которая является частью предбрюшинной клетчатки. Вначале они не имеют грыжевого мешка и представляют собой выпячивания предбрюшинного жира, и. В дальнейшем в грыжевые ворота вместе с жировой тканью втягивается прилежащий отдел брюшины и в последующем постепенно образуется уже настоящий грыжевой мешок, в который чаще всего выпадает участок сальника, реже другие органы брюшной полости. Из-за узости грыжевых ворот происходит травматизация выпавшего сальника, и грыжа часто становится невправимой. Нередко грыжи белой линии живота протекают бессимптомно и их обнаруживают только при общем осмотре. Жалобы больных, сводятся к болевым ощущениям в области выпячивания, усиливающимися при нагрузке. Больные могут отмечать также тошноту, отрыжку, изжогу, чувство тяжести в эпигастрии. Стадии:1)Предбрюшинная липома;2)Начинающееся выпячивание брюшины;3)Сформировавшийся грыжевой мешок. По локализации различают: Надчревные. Подчревные. Околопупочные. Дифференцировать грыжи белой линии живота необходимо с язвой желудка, гастритом. Выбор метода лечения зависит от величины грыжи, выраженности клинических симптомов, наличия осложнений, общего состояния больного и его возраста. Бессимптомно протекающие "предбрюшинные липомы" можно не оперировать. Выбор объема операции зависит от величины грыжи, прочности апоневроза белой линии живота, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний органов брюшной полости. При небольших грыжах достаточно простого ушивания дефекта в апоневрозе белой линии живота. Грыжи средних и больших размеров оперируют по Сапежко или Мейо.

Билет №29.

1. Динамическая кишечная непроходимсть. Виды , клиника, диагностика, Диф.д-ка. Принципы консервативного и оперативного лечения. 2. Осложнения варикозной болезни. К.Д.Л.

1. Динамическую непроходимость кишечника вызывают нарушения нейрогуморальной регуляции моторной функции кишечника. Паралитическая кишечная непроходимость обусловлена полным прекращением перистальтики, ослаблением тонуса мышечного слоя кишечной стенки. Кишка переполнена газообразным и жидким содержимым. Этиология: был парализован не весь кишечник, а какой-либо его отдел. Отсутствие пропульсивной перистальтической волны обусловливает застой в приводящем отрезке кишки. Паралитическая непроходимость кишечника развивается как осложнение различных заболеваний и травм органов брюшной полости. Клиника и диагностика: основными симптомами являются: боли, рвота стойкая задержка отхождения стула и газов, вздутие живота. Боли носят тупой, распирающий характер, не имеют четкой локализации и иррадиации, постоянные, схваткообразный компонент как бы уходит на второй план. Рвотные массы обильные, с большой примесью дуоденального и кишечного содержимого. Живот вздут равномерно. При пальпации - ригидность брюшной стенки.. Перистальтика либо резко ослаблена, либо отсутствует и при аускультации живота вместо кишечных шумов слышны дыхательные и сердечные шумы (симптом «гробовой тишины»). Диагноз: При обзорной рентгеноскопии живота: равномерное вздутие всех отделов кишечника, .преобладание в раздутых кишках газообразного содержимого над жидким, наличие горизонтальных уровней жидкости Лечение: комплексное. С целью восстановления моторной ф-ии кишечника и борьбы с парезом проводят мероприятия по восстановлению активной перистальтики

При консервативном лечении применяют аминазин, антихолинэстеразные препараты (прозерин, убретид), Больным необходима постоянная декомпрессия желудка и ки-ечника путем назогастральной катетеризации двенадцатиперстной тонкой кишки, зондом Миллера — Эббота.

Спастическая непроходимость Прекращение продвижения кишечного содержимого обусловлено возникновением стойкого спазма мышечного слоя стенки кишки. Этиология. при отравлении тяжелыми металлами (свинцом), никотином; при; при анемии. Длительность спазма: от нескольких минут до часов. Клиника и диагностика: характеризуется внезапным началом. Ведущий симптом — сильные схваткообразные боли. Боли не имеют определенной локализации, обычно распространяются по всему животу. В период схваток больной мечется по кровати, кричит. Диспепсические расстройства не характерны. Живот имеет обычную конфигурацию. Иногда брюшная стенка вытянута, и живот принимает ладьевидную форму. При обзорном рентгеновском исследовании живота выявляют спастически-атоническое состояние кишечника. Иногда по ходу тонкой кишки видны мелкие чаши Клойбера, расположенные цепочкой слева сверху вниз и вправо. Лечение: консервативное. назначают спазмолитики, физиотерапевтические процедуры, тепло на живот, проводят лечение основного заболевания.

2. Осложнения варикозной болезни: кровотечения, варикотромбофлебит. трофическая язва. Клиника: варикозно расширенные вены, синдром тяжелых ног, переходящий отек, судороги в икроножных мышцах, трофические расстройства или трофические язвы. Диагностика: Проба со жгутом, кашлевая проба, Ультрозвуковая допплерометрия, дуплексное сканирование, рентгеноконтрастная флебография. Лечение:Консервативное(компрессионное, медикаментозное:троксевазин., физиотерапия, инъекционная терапия) Хирургическое( флебэктомия-устранение сафено-феморального рефлюкса большой подкожной или малой подкожной вен,т.е операция Троянова-Тренделенбурга, ликвидация ствола большой и малой подкожных вен, ликвидация боковых притоков большой и малой подкожных вен., коррекция несостоятельных перфорантных вен.

Билет №30.

* Язвенный стеноз привратника: стадии, клиника, диагностика, дифф-я диагностика, лечение. Виды операций.

Стадиии. 1.Компенсированная. Постоянное чувство тяжести в эпигастрии, периодическая рвота кислым желудочным содержимым. Натощак определятся до 200-300мл. 2.Субкомпенсированная. Чувство переполнения в эпигастральной области, срыгивание желудочным содержимым, боли. 2-3 раза обильная рвота. Натощак в жел-ке более 500мл. Больной начинает худеть. 3.Декомпенсированная. Резкое истощение, обезвожевание. Прослушивается шум плеска. Рвота учащается – литры застойной жидкости со зловонным запахом. Вследствие потери ионов калия, соляной кислоты, белка наступает гипокалиемический, гипохлоремический алкалоз, гипопротеинемия, олигоурия. Возможна желудочная тетания с судорогами и психоз. Диаг-ка. ФГС с биопсией, рентгеноконтрастное исследование желудка, внутрижелудочная рН-метрия, электрогастрография, УЗИ. Дифф-я диг-ка. Стенозирующая опухоль пилорического отдела желудка (ФГС с биопсией). Лечение. При 1 стадии – противоязвенная терапия. 2 ст- дистальная резекция 2/3 желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера\_финстерера с учетом кислотопродуцирующей зоны, по Бальфуру (межкишечный анастомоз), по Ру. 3 ст- дистальная резекция 2/3 желудка по Бильрот-II с учетом кислотопродуцирующей зоны. При тяжелом состоянии больного наложение обходного гастроэнтероанастомоза.

* Рак щитовидной железы. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

Фолликулярный, модуллярный, папиллярный, недефферинцированный, неклассифицируемый злокачественный рак. Клиника. Диагностика. УЗИ, пункционная биопсия под контролем УЗИ. Лечение. Тотальная или околототальная тиреоидэктомия с диссекцией центральной клетчатки шеи. К факторам, способствующим развитию, относят травму, хронические воспалительные процессы, рентгеновское облучение области щитовидной железы, длительное лечение J311 или тиреостатическими препаратами. Клинические стадии: I —одиночная опухоль в железе без ее деформации, прорастания в капсулу и ограничения смещаемости П А — одиночная или множественные опухоли железы, вызывающие ее деформацию, но без прорастания в капсулу железы и ограничения ее смещаемости Регионарные и отдаленные mts отсутствуют II Б — -//-, но при наличии смещаемых mts в лимфатических узлах на пораженной стороне шеи III — опухоль, распространяющаяся за пределы капсулы железы и связанная с окружающими тканями или сдавливающая соседние органы. Смещаемость опухоли ограничена, mts в смещаемые лимфатические узлы. IV — опухоль прорастает в окружающие структуры и органы при полной несмещаемости щитовидной железы, несмещаемые лимфатические узлы. Mts в лимфатические узлы шеи и средостения, отдаленные метастазы. Регионарное лимфогенное метастазирование происходит в глубокие шейные, предгортанные, пре- и паратрахеальные лимфатические узлы. Гематогенное метастазирование наблюдается в отдаленные органы, чаще поражаются легкие и кости. Клиника и диагностика: ранние клинические симптомы — быстрое увеличение размеров зоба или нормальной щитовидной железы, увеличение ее плотности, изменение контуров. Железа становится бугристой, малоподвижной, пальпируются шейные регионарные лимфатические узлы. Неподвижность и уплотнение опухоли создают механическое препятствие для дыхания и глотаниня. При сдавлении возвратного нерва происходит изменение голоса, развивается охриплость. В более поздние сроки отмечаются симптомы, обусловленные метастазированием опухоли. Часто больные жалуются на боли в области уха и затылка.

Лечение: основной метод хирургический. При папиллярных и фолликулярных формах рака щитовидной железы (I—II стадии) показаны экстракапсулярная субтотальная тиреодэктомия с ревизией лимфатмческих узлов. При III стадии – комбинированная терапия: гамматерапия, затем субтотальную или тотальную тиреоидэктомию с фасциально – футлярным иссечением клетчатки с обеих сторон.

ТХ Недостаточно данных для оценки первичной опухоли. ТО Первичная опухоль не определяется.

Т1 Опухоль до 1 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы.

Т2 Опухоль до 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы.

ТЗ Опухоль более 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы. Т4 Опухоль любого размера, распространяющаяся за пределы капсулы щитовидной железы. NX Недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов. N0 Нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. N1 Имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами. Nla Поражены метастазами шейные лимфатические узлы с одной стороны. N1b Поражены метастазами шейные лимфатические узлы с обеих сторон, срединные или на противоположной стороне, медиастинальные. MX Недостаточно данных для определения отдаленных метастазов. МО Нет признаков отдаленных метастазов. Ml Имеются отдаленные метастазы.

БИЛЕТ №31.

* Лечение острого панкреатита. Показания к операции. Виды операций.

Консервативное лечение. Интенсивная терапия, инфузионно-трансфузионая терапия, обезболевание, диета, спазмолитики, а/б-проф-ка, прерывающая терапия, коррекция функций органов и систем, экстракорпоративная детоксикация и ГБО.

Оперативное лечение. Показания. 1)Инфицированный панкреонекроз и осложнения. 2)Другие осложнения, требующие хирургического лечения по абсолютным показаниям. 3)Панкреонекроз при билиарном панкреатите. 4)Отс-е эффекта от комплексной консервативной терапии при неинфицированном панкреонекрозе со стойкой или прогрессирующей полиорганной нед-ю.

Виды операций. 1)направленные на санациию и дренирование подж. Железы и окружающих тканей. 2)Направленные на коррекцию осложнений. 3)Направленные на декомпрессию панкреато и желчевыводящих путей.

Операции при инфекционных формах панкреонекроза. 1)Вскрытие и дренирование абсцессов. 2)некрсеквестрэктомия. 3)Марсупиализация. 4)Этапные некрсеквестрэктомия с формированием панкреатоментобурсостомы, лапаростомы и поясничных контрапертур.

* Бедренная грыжа: виды, механизм возникновения. Клиника, диаг-ка, диф-я диг-ка, лечение. Виды операций.

Внутренним отверстием бедренного канала называется пространство, ограниченное сверху пупартовой связкой, снизу — надкостницей лонной кости, медиально — жимбернатовой связкой, а снаружи — бедренной веной. Пространство между пупартовой связкой, краем подвздошной кости и лонной кости делится подвздошно-гребешковой связкой на два отдела, наружный — lacuna musculorum, в котором проходит подвздошно-поясничная мышца и бедренный нерв (m. ileopsoas et n. femoralis), и внутренний — lacuna vasorum, где располагается бедренная артерия и кнаружи от неё — бедренная вена. В медиальном углу lacuna vasorum располагается небольшая жимбернатова связка.Наружным отверстием бедренного канала является овальная ямка скарповского треугольника, ограниченная серповидным краем широкой фасции бедра и прикрытая решетчатой пластинкой, через которую большая подкожная вена впадает в бедренную вену. Классификация бедренных грыж:Мышечно-лакунарные (грыжи Гессельбаха) и Сосудисто-лакунарные(срединная; типичная боковая; лакунарной связки; гребешковой связки). Дифференциальный диагноз бедренной грыжи следует проводить с варикозным узлом (УЗИ), фибролипома( синдром кашлевого толчка), лимфаденопатия, паховой грыжей( грыжевой мешок выше пупартовой связки). Клиника: наличие исчезающих в горизонтальном положении припухлости на брюшной стенке; наличие дефекта( отверстие или канал определяемый пальцем после вправления грыжи; Наличие кашлевого толчка; наличие органов брюшной полости в мешке). При бедренных грыжах грыжевые ворота закрывают бедренным способом (Бассини-бедр доступом обнажен грыжевой мешок, выделен мешок, пластика., Локарду) паховым( по Руджи) Цель- подшивание пупартовой связки к надкостнице лонной кости.

Билет №32.

1.Острая кишечная непроходимость: классификация, этиология, патогенез.

.Механическая непроходимость. 1)Обтурационная. а)закрытие просвета опухолями, инородными телами, глистами, копролитами; б)сдавление извне опухолями, воспалительными инфильтратами, метазтазами, воспалит. лимфоузлами, спайками. 2)Странгуляционная. а)заворот; б)узлообразование; в) спаечная непроходимость; г)внутренние ущемлённые грыжи; д) инвагинации. 3)Смешанные формы а)ущемлённые наружные и внутренние грыжи; б)инвагинация; в)спаечная непроходимость вместе с сдавлением стенки кишки и брыжейки. 4)Тромбозы и эмболии сосудов брыжейки. Динамическая а)спастическая; б)паралитическая. ОКН— это нарушение пассажа кишечного содержимого Этиология Различают причины: Механические. 1.Патология брюшины, органов брюшной полости и стенок живота. а)Спайки. б) Грыжи живота (наружные и внутренние). в)Заворот (тонкой, сигмовидной, слепой кишки). г)Врожденные тяжи брюшины. д)Сдавление кишки снаружи (опухоль, абсцесс, гематома, сосудистая аномалия, эндометриоз. 2.Патология кишечника. а)Опухоли (доброкачественные, злокачественные, метастазы). б)Воспалительные заболевания (болезнь Крона, дивертикулит, лучевой энтерит). в)Пороки развития (атрезия, стеноз, аплазия). г)Инвагинация. д)Травма (гематома двенадцатиперстной кишки, особенно на фоне введения антикоагулянтов и при гемофилии). 3.Обтурация кишки. а)Инородные тела. б)Безоары. в)Желчные камни. г)Каловые камни. д)Меконий. е)Бариевая взвесь. ж)Гельминтоз (клубок аскарид). Функциональные. 1)Паралитическая непроходимость. 2)Спастическая непроходимость. 3)Болезнь Гиршспрунга. 4)Псевдообструкция кишечника. 5)Острые нарушения мезентериального кровообращения. а)Окклюзия брыжеечной артерии. б)Окклюзия брыжеечной вены.

Клиническая картина зависит от вида непроходимести кишечника и от уровня препятствия Основные симптомы — тошнота, рвота, боль в живот вздутие живота, задержка стула и газов. Симптомы раздражения брюшины — признак некроза или перфорации кишки.

2. Рак щитовидной железы. К факторам, способствующим развитию, относят травму, хронические воспалительные процессы, рентгеновское облучение области щитовидной железы, длительное лечение J311 или тиреостатическими препаратами. Клинические стадии: I —одиночная опухоль в железе без ее деформации, прорастания в капсулу и ограничения смещаемости П А — одиночная или множественные опухоли железы, вызывающие ее деформацию, но без прорастания в капсулу железы и ограничения ее смещаемости Регионарные и отдаленные mts отсутствуют II Б — -//-, но при наличии смещаемых mts в лимфатических узлах на пораженной стороне шеи III — опухоль, распространяющаяся за пределы капсулы железы и связанная с окружающими тканями или сдавливающая соседние органы. Смещаемость опухоли ограничена, mts в смещаемые лимфатические узлы. IV — опухоль прорастает в окружающие структуры и органы при полной несмещаемости щитовидной железы, несмещаемые лимфатические узлы. Mts в лимфатические узлы шеи и средостения, отдаленные метастазы. Регионарное лимфогенное метастазирование происходит в глубокие шейные, предгортанные, пре- и паратрахеальные лимфатические узлы. Гематогенное метастазирование наблюдается в отдаленные органы, чаще поражаются легкие и кости. Клиника и диагностика: ранние клинические симптомы — быстрое увеличение размеров зоба или нормальной щитовидной железы, увеличение ее плотности, изменение контуров. Железа становится бугристой, малоподвижной, пальпируются шейные регионарные лимфатические узлы. Неподвижность и уплотнение опухоли создают механическое препятствие для дыхания и глотаниня. При сдавлении возвратного нерва происходит изменение голоса, развивается охриплость. В более поздние сроки отмечаются симптомы, обусловленные метастазированием опухоли. Часто больные жалуются на боли в области уха и затылка.

Лечение: основной метод хирургический. При папиллярных и фолликулярных формах рака щитовидной железы (I—II стадии) показаны экстракапсулярная субтотальная тиреодэктомия с ревизией лимфатмческих узлов. При III стадии – комбинированная терапия: гамматерапия, затем субтотальную или тотальную тиреоидэктомию с фасциально – футлярным иссечением клетчатки с обеих сторон.

ТХ Недостаточно данных для оценки первичной опухоли. ТО Первичная опухоль не определяется.

Т1 Опухоль до 1 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы.

Т2 Опухоль до 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы.

ТЗ Опухоль более 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы. Т4 Опухоль любого размера, распространяющаяся за пределы капсулы щитовидной железы. NX Недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов. N0 Нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. N1 Имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами. Nla Поражены метастазами шейные лимфатические узлы с одной стороны. N1b Поражены метастазами шейные лимфатические узлы с обеих сторон, срединные или на противоположной стороне, медиастинальные. MX Недостаточно данных для определения отдаленных метастазов. МО Нет признаков отдаленных метастазов. Ml Имеются отдаленные метастазы.

Гистопатологические типы Папиллярная карцинома (включая с фолликулярными фокусами). Фолликулярная карцинома. Медуллярная карцинома. Недифференцированная (анапластическая) карцинома

Билет №33.

* Обтурационная киш.непроходимость. Этиология. патогенез. К.Д.Л.диф-д-ка. 1. ОКН-может происходить вследствие закупорки киш. трубки изнутри( инородным телом, желчным камнем). Пат пр-сс может локализоваться в самой стенки кишки( опухоль к-ка, рубцовый стеноз) или вне к-ки. сдавливающие к-ку снаружи, но не нарушающие её кровоснабжение. Клиника:боль, задержка стула и газов. вздутие живота, усиление перистальтики, тошнота, рвота. ассиметрия живота. Симп. Валя( растянутая кишечная петля, С.Кивуля. С Склярова). Схваткообразная боль в животе различной интенсивности Диагностика: Рентгенолог.метод(рентгеноскопия. графия)Ирригоскопия. Диф.д-ка:О.аппендицит( УЗИ, Лапароскопия), Прободная язва жд.и 12 к-ки, О.Панкреатит, Тромбоз и эмболия мезентеральных сосудов. И.М( ЭКГ) Лечение:1 Консерв(назогастральный зонд. для декомпрессии верх.отделов ЖКТ, сиф. и очистительные клизмы, назначение спазмолитиков, Инфузионная терапия и коррекция электролитных нарушений. 2 Оперативное(лапароскопия)
* Пупочные грыжи при которых грыжевое выпячивание образуется в области пупка. принято различать: 1). Грыжи пуповины (эмбриональные)-порок развития, который является следствием задержки формирования передней брюшной стенки плода. Через просвечивающую прозрачную оболочку видны петли кишок и другие органы брюшной полости. Операция состоит в удалении оболочки, покрывающей грыжевое выпячивание и ушивание дефекта. 2). Пупочные грыжи у детей являются дефектом развития передней брюшной стенки. Обычно образуются в первые 2-3 месяца жизни у детей с недоразвитой брюшной фасцией, В вертикальном положении ребенка и при натуживании в области пупка появляется грыжевое выпячивание округлой или овальной формы, которое обычно выравнивается при положении ребенка на спине. Нередко у детей к 3-4 и даже к 5-6 годам по мере развития брюшного пресса происходит самоизлечение. Операция состоит в выделении и иссечении грыжевого мешка с последующим зашиванием пупочного кольца. 3). Пупочные грыжи у взрослых т преимущественно у женщин в возрасте старше 30 лет. В основе возникновения пупочных грыж лежит, с одной стороны дефект анатомического строения пупочного кольца (недоразвитие или атрофия пупочной фасции), с другой стороны - факторы, повышающие внутрибрюшинное давление и растяжение брюшной стенки (беременность, ожирение). Грыжевые ворота при пупочных грыжах обычно имеют округлую форму. Грыжевой мешок тонкий, спаян с растянутой и истонченной кожей и краями грыжевых ворот. При небольших невправимых грыжах его содержимым чаще всего является сальник. При больших грыжах грыжевой мешок часто бывает многокамерным. Основными операциями у взрослых являются аутопластические способы Мейо (Выделяют и иссекают ГМ. Грыжевое отверстие расширяют 2 поперечными разрезами белой линии живота и апоневроза прямых мышц до появления их внутреннего края. Затем накладывают П-образные швы с таким расчетом, чтобы нижний лоскут ложился под верхним. Вторым рядом узловых швов верхний лоскут подшивается к нижнему в виде дибликатуры) и Сапежко(Грыжевые ворота рассекают вверх и вниз до мест, где белая линия живота суживается и выглядит малоизмененной. Брюшину отслаивают от задней поверхности влагалища одной из прямых мышц. Затем накладывают швы между краем апоневроза с одной стороны и заднемедиальной частью влагалища прямой мышцы, где отпрепарована брюшина с другой, с тем чтобы создать дибликатуру в продольном направлении шириной 2-4 см. Второй ряд швов прикрывает первый ряд. Дифференциальный диагноз. Пупочную грыжу необходимо отличать от рака желудка, который часто метастазирует в пупок с симуляцией невправимой грыжи, с воспалительными заболеваниями желудка

Билет №34.

1. Странгуляционная КН Завороты закручивание кишки с ее брыжейкой вокруг продольной оси Различают завороты тонкой, сигмовидной и слепой кишки. Этиология:. К предрасполагающим причинам относят: а) врожденную и приобретенную чрезмерно длинную брыжейку кишки, б) рубцовые тяжи, сращения, спайки между петлями кишечника как врожденного, так и приобретенного характера, в) резкое похудание с исчезновением жировых прослоек между листками брыжейки. К производящим относят: а) внезапное повышение внутрибрюшного давления, приводящее к резкому перемещению кишечных петель, б) алиментарные факторы: Клиника и диагностика: тонкой кишки начинаются остро.

Ведущим симптомом являются резкие боли. Характерна постоянная острая боль в глубине живота и в превертебральной области. Рвота с самого начала многократная и не приносит облегчения. Задержка тула и газов бывает не всегда. В первые часы - + симптом Валя. В более поздние сроки - «шум плеска» + симптом Склярова При обзорной рентгеноскопии живота чаши Клойбера, При завороте слепой кишки Боли (как постоянные, так и схваткообразные) локализуются в правой половине живота и в околопупочной области. Рвота появляется в начале заболевания. Задержка стула и газов имеется у большинства больных. При пальпации живота часто обнаруживаете ригидность мышц брюшной стенки. При выслушивании живота отмечают характерные звонкие металлическим оттенком перистальтические шумы. На обзорной рентгенограмме живота видна шаровидно раздута слепая кишка, Заворот сигмовидной кишки чаще у пожилых людей длительно страдающих запорами. Боли возникают внезапно, интенсивные, локализуются обычно в нижних отделах живота и в облает крестца. Рвота одно- и двукратная. Ведущим симптомом является задержка стула и газов. Живо резко вздут. Асимметрия

* При рентгеноскопии видна резко раздутая газами сигмовидна кишка, которая занимает почти всю брюшную полость и дает характерный симптом «светлого живота», на фоне которого видно 1—2 чаши Клойбера с длинными уровнями жидкости. Лечение: экстренна операция, Хирургическое лечение состоит в расправлении завернувшихся петель кишки и опорожнении кишки от содержимого. При омертвении кишки показана ее резекция Узлообразование . Протекает с тяжелыми нарушениями кровообращения в сосудах брыжейки и ранним некрозом больших отрезков тонкой и толстой кишки. Этиология: в принимают участие не менее 2 кишечных петель. В узлообразовании обычно принимают участие тонкая кишка и подвижные, имеющие собственную брыжейку отделы толстой кишки, имеются «баллонообразная» ампула прямой кишки и горизонтальные уровни жидкости в левых отделах толстой кишки (наряду с уровнями жидкости в тонкой кишке) Лечение хирургическое В ранней стадии-развязывание узла, а в поздние сроки, прибегают к резекции больших отделов толстой и тонкой кишки. Инвагинация кишок внедрении вышележащего отрезка кишки в нижележащий (нисходящая инвагинация). Внедрение кишечника в обратном на правлении (восходящая инвагинация) наблюдается редко Клиника и диагностика: начинается внезапно, Ведущий симптом — резкие, схваткообразные боли, Боли сопровождаются неоднократной рвотой. Живот при пальпации мягкий. Диагноз: основывается на триаде: симптомов схваткообразные боли, пальпируемое образование правой половине живота, кровянистые выделения из прямой кишки. Лечение: хирургическое.

2.Лечение грыж брюшной полости. Показания к консервативной терапии. Этапы операции при плановом грыжесечении.

Показания для консервативного лечения: абсолютные противопоказания для плановой операции со стороны систем кровообращения, органов дыхания, ЦНС, печени, почек. Лечение заключается в ношении бандажа. Противопоказания к операции при послеоперационных грыжах: 1)Декомпенсированные состояния при нарушениях деят-ти ССС и дых-й систем. 2)Преклонный возраст с выраженными нарушениями важнейших систем и органов. 3)Злокачественные опухоли в запущенном состоянии. 4)Острая и хроническая почечная нед-ть. 5)Циррозы печени в стдии декомпенсации. Этапы операции: 1этап. Грыжесечение. После выделения на всем протяжении грыжевой мешок вскрывается в области дна, затем вправляется в брюшную полость. Грыжевой мешок прошивается. 2этап. Пластика грыжевых ворот. Косая паховая – укрепление передней стенки пахового канала (Кимбаровский, Мартынов, Спасокукоцкий). Прямые паховые грыжи – укрепление задней стенки канала (Бассини, Постемцкий, Кукуджанов). При бедренных грыжах грыжевые ворота закрываются бедренным способом (Бассини), паховым (Руджи). При пупочных грыжах дефект зашивают по Мейо, Лексеру. Грыжи белой линии живота закрываются по Сапежко.

Билет №35

1. Динамическую непроходимость кишечника вызывают нарушения нейрогуморальной регуляции моторной функции кишечника. Паралитическая кишечная непроходимость обусловлена полным прекращением перистальтики, ослаблением тонуса мышечного слоя кишечной стенки. Кишка переполнена газообразным и жидким содержимым. Этиология: был парализован не весь кишечник, а какой-либо его отдел. Отсутствие пропульсивной перистальтической волны обусловливает застой в приводящем отрезке кишки. Паралитическая непроходимость кишечника развивается как осложнение различных заболеваний и травм органов брюшной полости. Клиника и диагностика: основными симптомами являются: боли, рвота стойкая задержка отхождения стула и газов, вздутие живота. Боли носят тупой, распирающий характер, не имеют четкой локализации и иррадиации, постоянные, схваткообразный компонент как бы уходит на второй план. Рвотные массы обильные, с большой примесью дуоденального и кишечного содержимого. Живот вздут равномерно. При пальпации - ригидность брюшной стенки.. Перистальтика либо резко ослаблена, либо отсутствует и при аускультации живота вместо кишечных шумов слышны дыхательные и сердечные шумы (симптом «гробовой тишины»). Диагноз: При обзорной рентгеноскопии живота: равномерное вздутие всех отделов кишечника, .преобладание в раздутых кишках газообразного содержимого над жидким, наличие горизонтальных уровней жидкости Лечение: комплексное. С целью восстановления моторной ф-и кишечника и борьбы с парезом проводят мероприятия по восстановлению активной перистальтики. При консервативном лечении применяют аминазин, антихолинэстеразные препараты (прозерин, убретид), Больным необходима постоянная декомпрессия желудка и ки-ечника путем назогастральной катетеризации двенадцатиперстной тонкой кишки, зондом Миллера — Эббота.

2. Скользящие грыжи. В некоторых случаях в грыжевой мешок выходит орган, частично покрытый брюшиной (слепая, восходящая, нисходящая кишка, мочевой пузырь). Они смещаются в грыжевой мешок, скользя по жировой клетчатке. Одна сторона этого органа, не покрытая брюшиной, затягивается в грыжевой мешок вместе с брюшиной. Париетальная брюшина не покрывает грыжевое содержимое. Такие грыжи называются скользящими. В подобных случаях при выделении грыжевого мешка легко повредить мочевой пузырь, кишку. Это имеет большое значение во время хирургического вмешательства. Излияние светло-желтой жидкости во время операции или появление специфического запаха свидетельствует о повреждении мочевого пузыря, кишки. Дифф. диагноз с бедренной грыжей, доброкачественными опухолями, лимфаденитом, водянкой семенного канатика. Если грыжевой мешок расположен выше пупартовой связки, то грыжа паховая, если ниже — бедренная. Липома по своей консистенции несколько напоминает невправимую грыжу, но она исходит из подкожной клетчатки и не имеет связи с грыжевыми воротами, брюшной полостью. Увеличенные лимфоузлы при лимфаденитах спаяны с окружающими тканями. Как правило, располагаются они ниже пупартовой связки, на ноге обнаруживаются входные ворота инфекции. Водянка яичка имеет признаки, характеризующиеся увеличением яичка, образованием в семенном канатике с четкими округлыми границами. Величина образования не зависит от внутрибрюшного давления. При перкуссии — тупой звук. При диафаноскопии — равномерный розовый свет.

**Билет # 36**

**1.Анат. физ особенности желч.пузыря**.1 Желч.пузыр.имеет шейку,переешек.Гартмонов карман,тело,дно.2.Пузырный проток имеет спиральный клапан.3.Правый и левый долевые протоки сливаясь образуют общ.печеноч. проток-сливаясь с пузырным протоком образует общ.желчн.проток.4Пуз.проток.общ.печен.проток и пуз.артерия образуют треуг.Калло.5Холедох прходит в 12п.связки вместе с ворот.вен. и печ.ар.6.холедох имеет 4отдела(супрадуодден,ретродуод,интрапанкреатич,интрамур)7.Холедох открывается в фатеров сосочек 12п.киш.8.Эвакуацию регулирует сфинктер одди.

**Остр.холецистит-**полизтиолог.заболев**,**органов брюш.полости,является осложнением ЖКБ.**Этиология**-инфекция,травма,камни желч.пузыря,паразиты,биохим.процессы,алергия,сосуд.нарушения.**Патогенез**-желечная гипертензия,нарушение кровообращ,нарушение оттока желчи,нарушение физико-хим.свойств желчи.**Классификация:1.***По патогенезу*,первичный и вторичн(постравм,послеопер.алергич,на фоне др.острых заболеваний др.органов)

**2***По морфологии*:катаральный,флегманозный,гангренозный**.*3****По этиологии*:острый калькулезный(с обтурац.пуз.протока и без обтур.)и остр. бескаменный(сосуд,фермент,бактер,паразит**)4***.По наличию осложнений*: не ослож.и ослож.)

**2. Осложнения грыж** 1)Ущемление 2)Невправление

3)Воспаление 4)Копростаз *Ущемление* —органы брюшной полости, выходя в подкожную клетчатку, передавливаются грыжевыми, воротами (с нарушением в них кровообращения и иннервации). *Невправимая грыжа* —вследствие длительного нахождения грыжевого содержимого в грыжевом мешке между ними развивается спаечный процесс, распространяющийся с брюшины на подкожную клетчатку**. *Воспаление*** возникает вследствие проникновения пирогенной микрофлоры в грыжевой мешок со стороны брюшной полости или со стороны кожи и подкожной клетчатки.

Различают следующие признаки воспаления: местные (припухлость, гиперемия, боль в области грыжевых ворот) и общие (повышение температуры тела, ознобы и др.). Под *копростаэом* понимают закупорку просвета кишки каловыми массами как в грыжевом мешке, так и сигмовидной и прямой кишки.**Диа**г.воспаление-анамнез.жалобы,лаб.методы,УЗИ?.**Лечение**-масивная антиб.терапия.

**Билет №37**.

**Лечение.**Деструктивный холец.-хирург.лечение(при неосложн.-срочная операция,при осложн.-экстренная).Катаральный-консервативное лечение в течении 24ч. При отсутствии эффекта от лечения – срочная операция ,при положит.эффекте продолжать консерв.лечение.Операци – в полном порядке ,в холодном периоде ч/з 4-6 мес.Объем консерв.лечения при остром катар.холец.1.соблюдение диеты :стол №0 затем 5а и далее 5. 2.инфуз.теропия,дезинтокси.теропия,коррекция водно- электр.наруш.3.обезбол.4спазмолит.5антибоктер.теропия.Покозания к опер.лечению: 1.Деструкт.холец.2.ослож.требующее хир.лечения.3.при отсутствии эффекта от консерв.леч.катараль.холец.**Виды опер**.:Если степень тяжести не крайне тяжелая,а риск умеренный то (холецистэктомия: открытая,видеолапоро.комбинир.Если состояние крайне тяж.и высок. риск то делают холецистостомию: откр.лапроскоп.,измини доступа ,транскульторная под контролем УЗИ.Если больной в коме то(транску.пункция,саннационная пункция желч.пуз. под контр. УЗИ)

**2. *Невправимая грыжа*** — это хронич. ослож. грыжи вследствие длительного нахождения грыжевого содержимого в грыжевом мешке между ними развивается спаечный процесс, распространяющийся с брюшины на подкожную клетчатку. В результате грыжа перестает вправляться, но кровообращение и иннервация в грыжевом содержимом не нарушаются. Невправимые грыжи могут осложняться каловым ущемлением.**Клиника-**наличие выпячивания котор.не впровляется,чувст.перестальтика и урчание**.Диагностика** жалобы,анамнез.физ.обслед,лаб.УЗИ,лапорос**.Лечения-**грыжесечение,пластика**.Профилактика-**нашение бондажа,уменьшение физ.нагрузки**.**

**Билет # 38**

* **Остр.холецистит-**полиэтиолог.заболев**,**органов брюш.полости,является осложнением ЖКБ.**Диагностика**- 1.жалобы,анамниз,физикаль.обслед.2.лаб.обслед.3УЗИ4.ФГДС с осмотром Фатерова сосочка5.лапороскопия.ДИф.диагностика:1.остроя парвостороння нижнедоль.пневм. (R гр.клетки стоя ,УЗИ ,лапороскопия)2.Инф.миокарда(ЭКГ,УЗИ,лапорос.)3.Правост.пиелонифрит(анализ мочи,УЗИ,лапрос.)4.Ост.аппенд.(УЗИ,лапорос.)5.Обостр.язвен.болезни(ФГДС,УЗИ,лапрос.)6.Перфорат.Язва(R бр.полости стоя ,УЗИ,лапрос.)7.Остр.панкр.(ферменты,УЗИ,лапрос.)8.Остр.кишеч.непрох.(обз.R бр.полости стоя,УЗИ,лапро.)

**2.Остр.перитонит-**остр.воспл.брюш,сопровожд.выроженной интоксик.,развитием абдоменаль.сепсиса с последующ.наруш.функц.орган. и систем.Признаки отгранич.перит.:боли локальные с нарост.,напряж.м.не разлитое а огранич.или отсутств.,появление опухолевидного образ.,притупление перкутор.звука над опухолью,темп.тела-ступенеобразно повышается,лейкоцитоз со сдвигом влево.Симптомы:поддиафраг.абсцесса,симп.абсцесса Дугласова пространства.аппендик абсцесс,подпечен,абсц илеоцекальной области. **.Абсцесс Дугласова пространства** *Локализация*—область малого таза. Основными причинами являются: острый деструктивный аппендицит, в ходе оперативного лечения которого брюшная полость была недостаточно осушена, гнойные гинекологические заболевания. Несколько реже следствием перенесенного разлитого гнойного перитонита.

*Клиника и диагностика*: больные жалуются на постоянные довольно интенсивные боли в нижней части живота.Частые позывы на стул,слизь в кале,позднее недержание кала,газов и зияние сфинктера. Повышение темп,озноб. При ректальном исследовании определяют нависание передней стенки прямой кишки, резкую болезненность при пальпации этой области,инфильтрат,размягчение его В анализе крови также можно выявить признаки, характерные для гнойного процесса. *Лечение* хирургическое — под общим обезболиванием производят насильственное расширение ануса, пункцию гнойника через переднюю стенку прямой кишки и вскрытие гнойника по игле, введенной в полость абсцесса. В образовавшееся отверстие вводят дренажную трубку.

**Билет№39**

**1.**Анат-физ.особен. **Анатомо-физиологические сведения о слепой кишке и червеобразном отростке.**

cлeпая кишка, прeдcтaвляeт первый учacтoк тoлcтoй кишки от ee нaчaлa дo мecтa впaдeния в нee тoнкoй кишки; имeeт вид мeшкa c вeртикaльным рaзмeрoм oкoлo 6 cм и пoпeрeчным - 7-7,5 cм.Черв.отр. отходит от слепой кишки на месте схождения трех лент,длина-в среднем сост.7-10см. диаметр – 3-5мм.У места впадения отр.в слепую кишку имеется складка слиз.оболоч-заслонка Герлоха-препятствует поступления кишеч. содерж.в отр.В подслиз.слое отр.имеется множество лимф-ых клеток,кров-ие осущ.опенд.ортерии,инервация-из верхнего брыжеечного сплитения.Черв.отр.имеет брыжеечку.Уместа впадения подвзд.киш.в слепую имеется баугиениева заслонка-препятст.поступл.содерж.толст.кишки в тон.кишку.Слеп.кишка чаще всего располож.интраперит.иногда она имеет свою брыжейку,но может располог. интраперетор.Распол.черв.отрост.:подздошное,таз.подпечен.,зеркаль. Остр.аппенд-это острый воспалительный проц. в червеобразном отростке слепой кишки, одно из самых распространенных хирург заболеваний. Женщины болеют в 2 раза чаще, летальность составляет 0,1% в городе,0,3%в сельской местности, послеоперационные осложнения встречаются в 5-9% случаев. **Этиология**- причины возникновения острого аппендицита до сих пор окончательно не установлены. Инфекционная теория- воспаление зависит от формы и вирулентности возбудителя. Непосредственными возбудителями воспаления являются разнообразные микроорганизмы(бактерии, вирусы, простейшие), находящиеся в отростке. Среди бактерий чаще всего(до 90%) обнаруживают анаэробную неспорообразующую флору, аэробную флору встречают реже 6-8%, она представлена кишечной палочкой, клебсиелой, энтерококками. Определенную роль играет алиментарный фактор. Пища, богатая животным белком, способствует нарушению эвакуаторной функции кишечника, что следует считать предрасполагающим фактором в развитии заболевания. В детском возрасте играет роль глистная инвазия. Некоторую роль играет закрытая полость, которая плохо дренируется. Наличие инородных тел( косточки, каловые камни и др.). Считается, что предрасполагающим фактором является люди страдающие тонзиллитами и др.

**2.** Под ***копростаэом*** понимают скопление в просвете кишки каловых масс с формир.конкрементов без нарушения кровообращения, как в грыжевом мешке, так и сигмовидной и прямой кишки, что приводит, к ухудшению течения.Признаки обтур.развив.медлен.и постепенно. Запорам способствует малоподвижный образ жизни и пища, не содержащая клетчатки (белый хлеб, сыр, сметана и др.).Появляются упорные запоры,боли в животе,увеличен.грыж.выпячив. **Различия**: Копростаз=1)развив. медленно, 2)безболезненная припухлость, 3)мягость на ошупь, 4)определ. кашлевой толчок. Ущемление=1)развив. внезапно, 2)резко болезненный, 3)резко напряжена, эластичная, 4) толчка НЕТ.**. Диагностика-**.жалобы,анамнез,лабор.метод.ислед **об.**Rбр.полости.лапорос**.Лечение.**сифон.клизма в большом кол-ве.гиперт.р-ры в\в и ввиде клизмы,масла per os и др.слабит.при необход.Инфуз.терапия с корекцией водно-электр.наруш.,стол жидкий первые несколько дней.а потом стол с большим кол.клетчатки.Проф.продукты содерж.клетчатку,овощи,фрукты

№40

1)Острый аппендицит-воспаление червеобразного отростка.

Классификация:

-катаральный

-флегмонозный

-гангренозный

Клиника:

1.Боль (сначала в области эпигастрия, затем перемещается в правую подвздошную область).

2.Диспепсия (тошнота,рвота).

3.Дисфункция кишечника (задержка стула и газов).

4.Специфические симптомы.

5.Признаки раздражения брюшины.

Диагностика:

1.Тщательно собрать анамнестические данные.

2.Исключить соматические заболевания, симулирующие острую патологию в брюшной полости.

3.Исследовать состояние дыхательной системы.

4.Исследовать функцию ССС.

5.При подозрении на урологическое заболевание сделать снимок почек, урографию и выполнить хлорэтиловую пробу по Борисову.

6.Выявить симптомы характерные для острого аппендицита путем пальпации,перкуссии живота и изменение положения больного.

7.Сделать анализ крови и ОАМ.

8.Ректальное исследование,а у женщин и вагинальное.

9.Обзорный снимок брюшной полости.

10.Лапароскопия.

2)Ущемление—остро возникающее осложнение грыж, при котором органы брюшной полости, выходя в подкожную клетчатку, передавливаются грыжевыми, воротами (с нарушением в них кровообращения и иннервации). По механизму возникновения различают: Эластическое — когда под влиянием резкого повышения внутрибрюшного давления через грыжевые ворота выходят органы брюшной полости, объем которых больше размеров грыжевого мешка, что приводит к их растяжению. Каловое — происходит из-за переполнения петли кишки в ГМ каловыми массами. Приводящий отдел кишки при этом растягивается и сдавливает в грыжевых воротах отводящую петлю (и её сосуды и нервы). По форме различают- Антеградное — нарушение кровообращения и иннервации в грыжевом содержимом. Пристеночное (Рихтеровское) —когда ущемляется только часть окружности кишки. Пассаж по кишке не нарушается. Клиническая картина ущемления не выражена, общая симптоматика выражена слабо, а через 2-4 дня после ущемления развивается картина разлитого перитонита. Ретроградное (грыжа Майдля) содержимое ГМ передавливает участок брыжейки петли кишки, находящейся в брюшной полости, которая и подвергается некрозу, клиническая картина- признаки разлитого перитонита и механической кишечной непроходимости. Клиника: Внезапные интенсивные боли в области грыжевого выпячивания, Остро возникшее невправление грыжевого мешка, Легко вправимая грыжа внезапно становится невправимой, резко болезненной, Прогрессирующее увеличение грыжевого выпячивания и болей, Прекращение перистальтики в грыжевом мешке. Усиление перистальтики в брюшной полости,признаки острой странгуляционной непроходимости. Ложное ущемление Брока (Brock). В грыжевом мешке, имеющем сообщение с брюшной полостью, происходят изменения, связанные с поступлением в полость грыжевого мешка экссудата из брюшной полости (при прободении язвы желудка, кишечника, холецистите и др Признаки «ложного ущемления Постепенно нарастающая боль, часто пульсирующего характера, повышение температуры тела. В области болезненного ранее грыжевого выпячивания появляется уплотнение, отечность, напряженность грыжи, достигающая «каменистой плотности», как при ущемлении. Ущемление дивертикула Меккеля. Диф.диагностика

1.Копростаз (развивается мдленно,безболезненно,кашлевой толчок определяется)

Лечение - экстренная операция. Задачи - устранить ущемление и выяснить жизнеспособность

ущемленного органа. При явных признаках некроза ущемленный орган следует резецировать. Если нет явных признаков некроза, ущемленную кишку надо обложить салфетками с теплым физиологическим раствором. Резецируя нежизнеспособную петлю кишки, следует отступить от видимой со стороны серозной оболочки границы некроза проксимально не менее 30-40 см, а дистально на 15-20 см.

№41

* Особые трудности в диагностике острого аппендицита возникают при ретроцекальном, ретроперитоне-альном и тазовом расположении отростка. При таких локализациях симптоматика бывает стертой.. Локализация боли зависит от расположения отростка: при типичном- больной ощущает боль правой подвздошной области, при высоком положении- почти в правом подреберье, при ретроцекальном- на боковой поверхности живота или в поясничной области, при тазовом- над лобком. . При ретроцекальном положении отростка может быть положительным симптом Образцова- усиление болезненности при поднимании выпрямленной правой ноги.

2).Диффузный токсический зоб. ДТЗ — аутоиммунное заболевание, характеризующееся стойким патологическим повышением продукции тиреоидных гормонов диффузно увеличенной щитовидной железой под влиянием специфических At с последующим нарушением функционального состояния различных органов и систем, в первую очередь сердечно-сосудистой и ЦНС

. I. Консервативное лечение

А. Патогенетическое. I этап. Тиреостатические препараты — мерказолил, пропицил. II этап. Поддерживающая терапия мерказолилом и замещающая терапия L-тироксином. Б. Симптоматическое. Глюкокортикоиды (при надпочечниковой недостаточности в заместительной дозе; при офтальмопатии в иммуносупрессивной дозе). Бета-адреноблокаторы. Сердечные гликозиды (при недостаточности  
кровообращения). Диуретики (при недостаточности кровообращения, офтальмопатии).

Анаболики (при выраженном катаболическом синдроме). Седативная терапия. Плазмаферез.  
II. Оперативное. Показания к хирургическому лечению: Сочетание ДТЗ с неопластическими процессами в ЩЖ. ДТЗ больших размеров с признаками компрессии окружающих органов и анатомических структур (независимо от тяжести тиреотоксикоза). ДТЗ с тиреотоксикозом тяжелой степени. Отсутствие стойкого эффекта от консервативной терапии, рецидив заболевания. Непереносимость тиреостатических препаратов. Наличие загрудинно расположеного зоба. Тиреотоксический криз —осложнение ДТЗ(летальность достигает 60%). Причины: Хирургическое вмешательство (на щитовидной железе или другом органе при неполной компенсации тиреотоксикоза). Острое заболевание. Инфекция. Психическая травма. Радиойодотерапия. Синдром отмены тиреостатиков. Механизмы развития:

Увеличение сродства рецепторов к катехоламинам. Увеличение свободных форм ТЗ и Т4 в крови.

Клиника. Резкое нарушение функций систем и органов: ЦНС, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, гапоталамо- гипофизарно-надпочечниковой системы, печени и почек.

Лечение: Глюкокортикоиды (гидрокортизон). Тиреостатики (пропилтиоурацил). Бета-адреноблокаторы (анаприлин). Дезинтоксикационная терапия и коррекция водно-электролитных нарушений. Седативная терапия. Коррекция сердечно-сосудистой недостаточности. Клинические формы: Диффузный токсический зоб. Токсическая аденома. Аутоиммунный тиреоидит. Подострый тиреоидит. Рак щитовидной железы (высокодифференцированный). Многоузловой токсический зоб. Аутосомно-доминантный тиреотоксикоз. Struma ovarii. Аденома гипофиза (тиреотропинома, соматотропинома). Хорионэпителиома. Артифициальный тиреотоксикоз. .Синдром частичной рефрактерности к тиреодным гормонам.

№42

1) Дифференциальный диагноз

Проводится со следующими группами заболеваний:

1. Заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки (острый гастрит, обострение язвенной болезни, перфоратиная язва).

2. Заболевания желчного пузыря и поджелудочной железы (желчная колика, острый холецистит, острый панкреатит).

3. Заболеваниями кишечника (острый энтероколит, терминальный илеит, острый дивертикулит, острая кишечная непроходимость, запоры).

4. Гинекологическими заболеваниями (острый аднексит, сальпингит, пельвиоперитонит, внематочная беременность, разрыв и перекрут яичника).

5. Почечной коликой, правосторонним пиелонефритом.

6. Заболеваниями сердца и легких (инфаркт миокарда, плевропневмония, диафрагмальный плеврит).

. Перфоративная язва желудка и 12пк отличается от аппендицита внезапным появлением резких, интенсивных болей в эпигастральной области, доскообразным напряжением мышц передней брюшной стенки, резкой болезненностью, возникающей при пальпации живота, в эпигастральной области и правом подреберье, наличием свободного газа в брюшной полости, что может определено перкуторно (исчезновение печеночной тупости) или рентгенологически (наличие светлой серповидной полоски между печенью и правым куполом диафрагмы). Отличие заключается также в том, что в первые часы после перфорации( до развития перитонита) t тела остается нормальной. Симптом Щеткина-Блюмберга при перфоративной язве хорошо определяется на обширном участке эпигастральной области и правого подреберья. У больного с перфорацией в анамнезе не обязательно должна быть язва, т.к. может быть перфорация немой язвы. Острый холецистит- отличается от острого аппенд локализацией болей в правом подреберье с характерной иррадиацией в правое плечо, плечевой пояс, лопатку, многократной рвотой желчью, не приносящей облегчения. Боли возникают чаще всего после погрешности в диете. При пальпации живота в правом подреберье определяют болезненность, напряжение мышц и симптом Щеткина-Блюмберга. К тому же нередко удается пальпировать увеличенный напряженный желчный пузырь. Температура тела обычно выше, чем при остром аппенд. Но при подпеченочном расположении отростка трудно отличить острый аппенд от острого холецистита, в этом помогает проведение диагностической лапароскопии. Острый панкреатит- иногда трудно дифференцировать от острого аппенд. При остром панкреатите рвота, как правило, многократная, боли обычно локализуются в эпигастральной области, они очень интенсивные, здесь же при пальпации отчетливо определяется резкая болезненность, выраженное защитное напряжение мышц живота. Температура тела остается нормальной. Для панкреатита характерно некоторое вздутие живота в результате пареза кишечника. При рентгенологическом исследовании выявляют раздутую газом, паретичную поперечную ободочную кишку. Отсутствие боли при надавливании в левом ребено-позвоночном углу является характерным симптомом острого панкреатита. Определение уровня диастазы в моче и амилазы в крови обычно позволяет уточнить диагноз. Болезнь Крона и дивертикула подвздошной кишки- могут давать клиническую картину, сходную с таковой при остром аппендиците, поэтому дифференциальный диагноз этих заболеваний затруднен. Если во время операции изменения в червеобразном отростке не соответствуют выраженности клинической картины заболевания, то следует осмотреть участок подвздошной кишки на протяжении 1 м , чтобы не пропустить болезнь Крона или воспаление дивертикула подвздошной кишки. Острая кишечная непроходимость- обычно необходимо дифференцировать от острого аппендицита в тех случаях, когда ее причиной является инвагинация тонкой кишки в слепую, что чаще наблюдается у детей. При этом характерно появление схваткообразных болей, однако нет напряжения мыщц живота, а симптом раздражения брюшины выражены слабо. При пальпации живота определяют малоболезненное подвижное образование- инвагинат. К тому же имеются отчетливые симптомы непроходимости кишечника- вздутие живота., задержка отхождения стула и газов, при перкуссии живота определяют тимпанит. Довольно часто в прямой кишки выявляется слизь с кровью (цвета малинового желе). Острый аднексит- может вызвать значительные трудности при дифференциальной диагностики с острым аппендицитом. Для острого аднексита характерны боли внизу живота, иррадиирующие в промежность или поясницу, повышение температуры тела. В анамнезе выявляют воспалительные заболевания женской половой сферы, нарушение менструаций. При пальпации определяют болезненность внизу живота, над лобком с обеих сторон(что может быть и при расположении отростка в малом тазу), однако напряжение мышц брюшной стенки, столь характерное для острого аппендицита, при остром аднексите, как правило, отсутствует. Важное значение в дифференциальной диагностике острого аднексита имеют исследования через влагалище и пальцевое исследование прямой кишки, которые должны быть выполнены у всех женщин, поступающих в стационар в связи с подозрением на острый аппенд. При этом можно определить болезненность яичников и маточных труб, инфильтрация тканей, болезненности при надавливании на шейку матки. Патологические выделения из половых органов подтверждают диагноз острого аднексита. Прервавшаяся внематочная беременность- имеет ряд признаков, позволяющих отличить ее от острого аппенд. Уже при расспросе больной можно установить задержку менструации или изменение характера последней менструации (количество излившейся крови, продолжительность менструации), кровянистые выделения из влагалища. Характерно внезапное появление сильных болей внизу живота, иррадиирующие в промежность, прямую кишку; тошноты, рвоты, обморочного состояния. При пальпации определяют болезненность внизу живота, напряжение мышц брюшной стенки отсутствует. При значительном внутрибрюшном кровотечении возникает слабость, выражена бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления, можно обнаружить притупление в отдельных отлогих отделах живота; в крови- снижение уровня гемоглобина и гематокрита. Исследование через влагалище позволяет установить болезненность при надавливании на шейку матки, иногда нависание сводов влагалища. При пальцевом исследовании прямой кишки определяют нависание ее передней стенки в результате скопления крови в малом тазе. Разрыв яичника- сопровождается клинической картиной, сходной с прервавшейся внематочной беременностью. При пункции заднего свода влагалища получают малоизмененную кровь. Мочекаменная болезнь- приводит к развитию почечной колики, которую часто приходится дифференцировать от острого аппенд, особенно при ретроцекальном расположение отростка. Для почечной колики характерно появление очень интенсивных, периодически усиливающихся болей в поясничной области, иррадиирущих в наружные половые органы и передневнутреннюю поверхность бедра, учащенного мочеиспускания. При физикальном обследовании можно выявить положительный симптом Пастернацкого, отсутствие или слабое напряжение мышц брюшной стенки. В анализах мочи определяют неизмененные эритроциты. Мезаденит-(воспаление лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки) иногда клинически напоминает остр аппенд, он возникает у детей и лиц молодого возраста, харн-на высокая t тела, из анамнеза недавно перенесенное респираторное заболевание, при пальпации живота болезненность походу прикрепления брыжейки тонкой кишки. Плеврит и правосторонняя пневмония- особенно у детей иногда сопровождаются болями в животе и напряжением мышц брюшной стенки, имеется кашель, одышка, цианоз губ, в легких выслушиваются хрипы, иногда шум трения плевры. Инфаркт миокарда- боли в верхней половине живота, напряжение мышц брюшной стенки либо отсутствует, либо очень невелико. Острый гастроэнтерит и дизентерия- отличают от остр аппенд схваткообразный характер болей, многократная рвота пищей, понос, при пальпации не удается определить место наибольшей болезненности, нет напряжения м бр ст и симптомов раздражения бр, в анализе крови нормальное кол-во лейкоцитов. Геморрагический васкулит(б Шенлейна-Геноха)-боли в животе, без четкой локализации из-за мелких кровоизлияний под серозными оболочками органов брюшной полости, также видны небольшие геморрагии на коже туловища и конечностей.

2) Эндемический зоб – патологическое увеличение щитовидной железы, встречающееся в определенных географических районах с недостаточностью йода в окружающей среде.Недостаточное поступление йода в организм приводит к понижению выработки тиреоидных гормонов, зоб возникает у людей, проживающих вне районов зобной эндемии, вследствие недостаточного всасывания йода в кишечнике, гормональных нарушений и др. Наблюдается у женщин в 8--10 раз чаще, чем у мужчин. Клиника и диагностика: ведущим симптомом эндемического и спорадического зоба является увеличение щитовидной железы. Осмотр и пальпация позволяют определить степень увеличения щитовидной железы:

Спорадический зоб - патологическое увеличение щитовидной железы, встречающееся вне районов зобной эндемии,связанное с нарушением метаболизма йода в организме или приемом зобогенных веществ.

По функциональному состоянию зоб может быть:

* а) гипертиреоидный – функция щитовидной железы повышена;
* б) эутиреоидный -- функция щитовидной железы не нарушена;
* в) гипотиреоидный -- функция щитовидной железы снижена.

По локализации различают:

* шейный,
* загрудинный,
* частично загрудинный,
* позадипищеводный зоб
* зоб корня языка.

У большинства больных нарушений функции щитовидной железы нет, однако у людей, проживающих в местах выраженной зобной эндемии, заболевание иногда протекает с явлениями гипотиреоза. У этих больных замедлены реакции на внешние раздражители, понижена умственная и физическая работоспособность. Больные отмечают вялость, зябкость. При исследовании выявляется брадикардия, снижение рефлексов. Врожденный гипотиреоз сопровождается развитием кретинизма, который характеризуется резким отставанием физического и психического развития.  
Симптомы: наиболее часто больные отмечают "чувство неловкости" в области шеи при движении, застегивании воротника, сухой кашель, охриплость голоса, затруднение дыхания. Последнее связано с трахеомаляцией -- истончением стенки трахеи вследствие постоянного давления зоба с нарушением нервной регуляции трахеи и гортани при смещении их в сторону. Нарушение дыхания -- наиболее частый симптом загрудинного зоба. Нередко (особенно при загрудинном зобе) больные жалуются на состояние тяжести в голове при наклонах тела. При осмотре этих больных можно отметить расширение вен шеи, характерный рисунок "голова медузы" в области верхней части грудной стенки. Нарушение дыхания обусловливает развитие изменений, характеризующихся как "зобное сердце".   
Сдавление симпатического ствола вызывает появление синдрома Горнера (птоз, миоз, энофтальм), изменение потоотделения половины тела на стороне сдавления. При подъязычном зобе вследствие оттеснения надгортанника нарушается дыхание. При зобе, расположенном позади пищевода, отмечается затрудненное глотание, собенно при повороте головы.   
Рентгенологическое исследование позволяет установить задержку бария на уровне аберрантного зоба, смещение пищевода кпереди или в латеральном направлении.

№ 43

1.Лечение острого аппендицита хирургическое. Противопоказанием к хирургическому лечению является апеендикулярный инфильтрат. . Виды операций-операция через 3ч после постановки диагноза, Ранняя радикальная аппендэктомия. Техника:1)антеградная2)ретроградная(вытягивание от основания к верхушке)3)субсерозная. Операцию проводят под наркозом или под местной анестезией.1.Типичную аппендэктомию проводят с помощью косого переменного доступа Волковича-Дьяконова в правой подвздошной области, длина кожного разреза составляет обычно 10-12 см, апоневроз наружной косой мышцы надсекают скальпелем и вскрывают ножницами по ходу волокон, внутр вос и попереч мышцы разводят по ходу волокон без их пересечения, после этого рассекают брюшину, приникнув в брюшную полость, отыскивают слепую кишку, находим отросток, выводим его в рану, перевязываем брыжейку, следя за тем, чтобы собственная артерия отростка вошла в лигатуру, отсекаем ее от отростка на всем протяжении, перевязываем основание отростка, накладываем круговой(кисетный) серозно-мышечный шов, отсекаем его, поверх кисетного шва накладывают Z-образный шов, после этого купол слепой кишки погружают в брюшную полость, тщательно осушают бр полость от выпота, проводят контроль гемостаза, рану передней брюшной стенки ушивают. 2. Ретроградную выполняют при невозможности выведения всего отростка за пределы брюшной полости. Под основание червеобразного отростка подводят толстую лигатуру, затем образовавшееся в брыжеечке отверстие, на основании отростка накладывают 2 зажима, между ними пересекают отросток, под зажимом перевязывают культю и погружают ее пинцетом в кисетный шов, сверху дополнительно накладывают Z-образный шов, погрузив культю, вправляют купол слепой кишки в бр полость, затем поэтапно накладывают на брыжейку зажимы, отсекают от нее и удаляют отросток, взятые в зажим пряди брыжейки перевязывают, лучше с прошиванием. 3.Ретроперитонеальная- это когда отросток расположен забрюшинно. Расширяют доступ за счет максимального разведения внутр косой и попереч м, + путем надсечения края влагалища прямой м живота, затем под основании отростка подводят лигатуру и мобилизируют купол слепой кишки, рассекая париетальную брюшину бокового канала и отодвигая слепую кишку медиально, проникнув таким образом в позадислепокишечную клетчатку, осторожно выделяя из нее дистальную часть отростка, после выделения всего отростка и перевязки артерии выполняют аппендэктомию, затем ушивают непрерывным швом рассеченную париетальную брюшину. Осложненя после аппендектомии: гематома, серома, инфильтрат, нагноение послеопер раны, внутрибрюшное кровотечение, несостоятельность швов культи аппендикса, пневмония, парез кишечника, перитонит.

2.Ослежнение язвы желудка и 12перстной кишки: Перфорация, пенетрация, кровотечение, стеноз привратника, малигнизация. Прободная язва желудка я двенадцатиперстной кишки. Клиника. а) главные симптомы: боль, напряжение мышц, язвенный анамнез; б) вспомогательные признаки: функциональные (рвота, задержка стула и газов, сильная жажда); физические (осмотр, пальпация, перкуссия, аускулътация, ректальное и рентгенологическое исследование, гастроскопия. Важные симптомы: Гюстена, Щеткина-Блюмберга, тупость в отлогих местах живота, исчезновение печеночной тупости, серп воздуха под диафрагмой при обзорной рентгенографии, Бруннера, Бернштейна, Спижарного.; общие (шок, нарушение гемодинамики и т.д.). Течение. а) период шока; б) период мнимого благополучия; в) период перитонита. Клинические формы: а) в свободную брюшную полость (типичная); б) атипичные (в малосальниковую сумку, в забрюшинное пространство, средостение); в) прикрытая. Диагностика: а) обследование; б) обзорная рентгенограмма брюшной полости; в) УЗИ; г) лапароскопия. Дифф. диагноз. а) с заболеваниями органов грудной полости (пневмония, плеврит, инфаркт миокарда); б) с острыми заболеваниями органов брюшной полости; в) с острыми заболеваниями органов забрюшинного пространства. Операции. а) зашивание язвы; б) резекция желудка.

№44

1)Беременные:

-более тяжелое течение

-общие симптомы преобладают над местными

-нарушена способность к отграничению

-выраженные симптомы интоксикации

-симптомы изменены

-выше риск развития осложнений

Дети:

-нарушена способность к отграничению

-выраженные симптомы интоксикации

-выше риск развития осложнений

-склонность к развитию деструктивных форм

-общие симптомы преобладают над местными

-заболевший ребенок не может дать каких-либо анамнестических сведений

-рвота встречается чаще чем у взрослых

Пожилые:

-склонность к развитию деструктивных форм

-общие симптомы преобладают над местными

-снижение способности к отграничению

-выше риск развития осложнений

Диагностика:

1.Тщательно собрать анамнестические данные.

2.Исключить соматические заболевания, симулирующие острую патологию в брюшной полости.

3.Исследовать состояние дыхательной системы.

4.Исследовать функцию ССС.

5.При подозрении на урологическое заболевание сделать снимок почек, урографию и выполнить хлорэтиловую пробу по Борисову.

6.Выявить симптомы характерные для острого аппендицита путем пальпации,перкуссии живота и изменение положения больного.

7.Сделать анализ крови и ОАМ.

8.Ректальное исследование,а у женщин и вагинальное.

9.Обзорный снимок брюшной полости.

10.Лапароскопия.

Лечение: аппендэктомия.

2) Пенетрация язв желудка и двенадцатиперстной кишки 3 стадии пенетрации: 1) проникновения через все слои стенки желудка и двенадцатиперстной кишки, или внутристеночной пенетрации (39-51%); 2) фиброзного сращения с подлежащим органом (25-30%); 3) завершенной пенетрации и проникновения в соседний орган (22-29%). Чаще всего язва желудка пенетрирует в малый сальник, поджелудочную железу, печень, поперечную ободочную кишку или ее брыжейку, изредка в селезенку и диафрагму. Язва 12-ти кишки обычно пенетрирует в головку поджелудочной железы, печеночно-двенадцатиперстную связку, реже—в желчный пузырь или желчные протоки с образованием внутренней фистулы. Характерными симптомами пенетрации язвы являются боли в спине, сильные ночные боли, изменения прежнего характера болей, их постоянный характер, несмотря на энергичное лечение.

Диагностиа:

-основана на клинических данных(болевой синдром,иррадиация болей)

-в анамнезе – язвенный процесс и слабый эффект от консервативного лечения

-ФГДС

Лечение:плановое оперативное лечение. В периоперационном периоде целесообразно назначение высоких доз антиферментов и сандостатина.

Чаще выполняется дистальная резекция 2/3 желудка с обязательным удалением язвенного кратера и наложением анастомоза по Бильрот – II. В случае массивного спаечного перипроцесса вокруг 12 ПК с явлениями хронической дуоденальной непроходимости – резекция 2/3 желудка на длинной петле с межкишечным анастомозом (по Бальфуру), либо резекция 2/3 желудка по Ру.

№45

1)Осложнения острого аппендицита

1. Разлитой гнойный перитонит.

2. Аппендикулярный инфильтрат.

3. Ограниченные гнойники брюшной полости.

4. Забрюшинные гнойники.

5. Пилефлебит.

6. Кишечные свищи.

Гнойники при остром аппендиците (по А.А. Ру-санову)

I. Гнойники, развивающиеся непосредственно у червеобразного отростка (аппендикулярный абсцесс).

A. Внутрибрюшинные пристеночные.

1. Подвздошный.

2. Передний пристеночный.

3. Подвздошно-поясничный.

4. Подпеченочный.

Б. Внутрибрюшинный непристеночный

B. Внутрибрыжеечный абсцесс.

Г. Забрюшинный абсцесс.

II. Отдаленные гнойники.

A. Дуглас-абсцесс.

Б. Поддиафрагмальный абсцесс.

B. Межкишечные абсцессы.

2) Стеноз привратника возникает в результате рубце¬вания язвы, располагающейся в пилородуоденаль-ной зоне. Различают 3 клинических стадии стеноза привратника: компенсированный, субкомпенсиро-ванный и декомпенсированный. Стадия компенсированного стеноза характеризуется постоянным чувством тяжести в эпигастрии и периодической рвотой кислым желу-дочным содержимым. Натощак в желудке определя¬ется до 200-300 мл кислой жидкости. Стадия суб-компенсированного стеноза характеризуется чув¬ством переполнения в эпигастральной области, сры-гиваниями желудочного содержимого, болями. 2-3 раза в день бывает обильная рвота (до 0,5 л и более). Натощак в желудке определяется более 500 мл ки¬слой жидкости с остатками принятой накануне пи¬щи. Больной начинает худеть. В стадии декомпенса¬ции указанные явления быстро прогрессируют. Больной резко истощен, ннобезвожен. В эпигастраль¬ной области визуально или перкуторно определяют¬ся контуры растянутого, медленно перистальтирую-щего желудка. Прослушивается шум плеска. Рвота учащается, больные при этом выделяют до несколь-ких литров застойной жидкости со зловонным запа¬хом. Вследствие потери ионов калия, соляной ки¬слоты, белка у больных развивается гипокалиемиче-ский, гипохлоремический, алкалоз, гипопротеине-мия, олигурия. В ряде случаев возникает желудочная тетания с судорогами и психоз.

Диагностика и фифдиагностика

-ФГС с биопсией(для исключения стенозирующей опухоли пилорического отдела желудка)

-рентгеноконтрастное исследование желудка

-внутрижелудочная pH-метрия

-электрогастрография

-УЗИ

Лечение:

При компенсированном стенозе-оперативное лечение по относительным показаниям. Необходимо проведение адекватной противоязвенной терапии в полном объеме.

При компенсированном и субкомпенсированном(предоперационной подготовки не требуется)-дистальная резекция 2/3 желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстера с обязательным учетом границ кислотопродуцирующей зоны.

При декомпен. Оперативное лечение после предопер.подготовки.

дистальная резекция 2/3 желудка с обязательным удалением язвенного кратера и наложением анастомоза по Бильрот – II. В случае массивного спаечного перипроцесса вокруг 12 ПК с явлениями хронической дуоденальной непроходимости – резекция 2/3 желудка на длинной петле с межкишечным анастомозом (по Бальфуру), либо резекция 2/3 желудка по Ру.

При очень тяж состоянии-наложение обходного гастроаностомоза.

№46.

1.Осложнения острого аппендицита: перитонит, абсцессы бр полости, аппендикулярный инфильтрат, забрюшинная флегмона,пилефлебит, перфорация. Аппендикулярный инфильтрат – конгломерат инфильтрированных петель кишечника и участка сальника, спаянных фибриноммежду собой с участком париетальной брюшиныи отграничивающих от свободной брюшной полости восполительно - измененный червеобразный отросток. Клиника: боль исчезает, состояние улучшается, температура субфебрильная. Симптомы напряжения мышц и раздражения брюшины отсутствуют. Пальпаторно: в правой подвздошной области плотное малоподвижное и малоболезненное образование. Диагностика: жалобы, анамнез, физикальное обследование, узи, лапароскопия. Лечение: Более 5 суток- противопоказание к операции, менее 5 суток- аппендектомия с дренирование бр полости.

2.Осложнения: остороны ЖП(Эмпиема, перфорация, вн и нар свищи ЖП.), местные внепузырные(Перитонит, околопузырный абсцесс, инфильтрат.), со стороны внепеченочных желчных протоков (острый холангит, перехоледохиальный лимфаденит, вн и нар свищи ЖП,стриктуры.), со стороны др органов и систем. Острый холангит: Клиника: триада Шарко: гипертермия до 39 и выше, боль в правом подреберье, желкуха. Диагностика: Ж, А, Ф; Лабароторные исследования, узи, ФГС. РХПГ противопоказано. Лечение: Хирургическое(нар дренирование холедоха, билиодигистивные анастамозы при гнойном холангите не надкладываюся.) и консервативное лечение( а/б, коррекция водно-электролитных нарушений, дезинтоксикационная терапия.)

№47

1.Осложнения острого аппендицита: перитонит, абсцессы бр полости, аппендикулярный инфильтрат, забрюшинная флегмона,пилефлебит, перфорация. Апендикулярный абсцесс (межкишечный) развивается в результате деструктивного аппендицита, прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, после перенесенного разлитого гнойного перитонита. Клиника и диагностика: тупые боли в животе умеренной интенсивности, периодическое вздутие живота По вечерам возникает повышение температуры тела до 38°С и выше. Живот остается мягким, признаков раздражения брюшины нет и лишь при близкой локализации гнойника к передней брюшной стенке и при его больших размерах определяется защитное напряжение мышц передней брюшной стенки В крови определяют умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. При достаточно больших размерах абсцесса рентгенологически выявляют очаг затемнения, значительно реже с уровнем жидкости и газа. Диагностика достаточно трудна. Определенную помощь может оказать ультразвуковое исследование. Лечение: хирургическое — вскрытие и дренирование полости гнойника. Доступ осуществляют на месте проекции абсцесса на брюшную стенку.

2. .Динамическую непроходимость кишечника вызывают нарушения нейрогуморальной регуляции моторной функции кишечника. Паралитическая кишечная непроходимость обусловлена полным прекращением перистальтики, ослаблением тонуса мышечного слоя кишечной стенки. Кишка переполнена газообразным и жидким содержимым. Этиология: был парализован не весь кишечник, а какой-либо его отдел. Отсутствие пропульсивной перистальтической волны обусловливает застой в приводящем отрезке кишки.Паралитическая непроходимость кишечника развивается как осложнение различных заболеваний и травм органов брюшной полости. Клиника и диагностика: основными симптомами являются: боли, рвота стойкая задержка отхождения стула и газов, вздутие живота. Боли носят тупой, распирающий характер, не имеют четкой локализации и иррадиации, постоянные, схваткообразный компонент как бы уходит на второй план. Рвотные массы обильные, с большой примесью дуоденального и кишечного содержимого. Живот вздут равномерно. При пальпации - ригидность брюшной стенки.. Перистальтика либо резко ослаблена, либо отсутствует и при аускультации живота вместо кишечных шумов слышны дыхательные и сердечные шумы (симптом «гробовой тишины»). Диагноз: При обзорной рентгеноскопии живота: равномерное вздутие всех отделов кишечника, .преобладание в раздутых кишках газообразного содержимого над жидким, наличие горизонтальных уровней жидкости Лечение: комплексное. С целью восстановления моторной ф-ии кишечника и борьбы с парезом проводят мероприятия по восстановлению активной перистальтики

При консервативном лечении применяют аминазин, антихолинэстеразные препараты (прозерин, убретид), Больным необходима постоянная декомпрессия желудка и ки-ечника путем назогастральной катетеризации двенадцатиперстной тонкой кишки, зондом Миллера — Эббота.

Спастическая непроходимость Прекращение продвижения кишечного содержимого обусловлено возникновением стойкого спазма мышечного слоя стенки кишки. Этиология. при отравлении тяжелыми металлами (свинцом), никотином; при; при анемии. Длительность спазма: от нескольких минут до часов. Клиника и диагностика: характеризуется внезапным началом. Ведущий симптом — сильные схваткообразные боли. Боли не имеют определенной локализации, обычно распространяются по всему животу. В период схваток больной мечется по кровати, кричит. Диспепсические расстройства не характерны. Живот имеет обычную конфигурацию. Иногда брюшная стенка вытянута, и живот принимает ладьевидную форму. При обзорном рентгеновском исследовании живота выявляют спастически-атоническое состояние кишечника. Иногда по ходу тонкой кишки видны мелкие чаши Клойбера, расположенные цепочкой слева сверху вниз и вправо. Лечение: консервативное. назначают спазмолитики, физиотерапевтические процедуры, тепло на живот, проводят лечение основного заболевания.

№48

1. Отграниченный перитонит чётко отграничен от остальных отделов брюшной полости спайками, фиброзными налётами, большим сальником и др. органами (воспалительный инфильтрат, абсцесс: поддиафрагмальный, подпеченочный, межпетельный, илеоцекальной области, Дугласова пространства). Признаки Боли — стихают общие, но нарастают локальные. Напряжение мышц не разлитое, а ограниченное или отсутствует. Появление опухолевидного образования, определяемого при пальпации живота. Притупление перкуторного звука над «опухолью» (при поддиафрагмальном абсцессе может быть тимпанический звук). Температура тела — постоянно ступенеобразно повышается (иногда сразу), с высокими вечерними подъемами и ознобами. Пульс соответствует температуре. Кровь — лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Вялое течение наблюдается на фоне антибиотикотерапии, у ослабленных больных, при маловирулентной инфекции.

2. Странгуляционная КН Завороты закручивание кишки с ее брыжейкой вокруг продольной оси Различают завороты тонкой, сигмовидной и слепой кишки. Этиология:. К предрасполагающим причинам относят: а) врожденную и приобретенную чрезмерно длинную брыжейку кишки, б) рубцовые тяжи, сращения, спайки между петлями кишечника как врожденного, так и приобретенного характера, в) резкое похудание с исчезновением жировых прослоек между листками брыжейки. К производящим относят: а) внезапное повышение внутрибрюшного давления, приводящее к резкому перемещению кишечных петель, б) алиментарные факторы: Клиника и диагностика: тонкой кишки начинаются остро.

Ведущим симптомом являются резкие боли. Характерна постоянная острая боль в глубине живота и в превертебральной области. Рвота с самого начала многократная и не приносит облегчения. Задержка тула и газов бывает не всегда. В первые часы - + симптом Валя. В более поздние сроки - «шум плеска» + симптом Склярова При обзорной рентгеноскопии живота чаши Клойбера, При завороте слепой кишки Боли (как постоянные, так и схваткообразные) локализуются в правой половине живота и в околопупочной области. Рвота появляется в начале заболевания. Задержка стула и газов имеется у большинства больных. При пальпации живота часто обнаруживаете ригидность мышц брюшной стенки. При выслушивании живота отмечают характерные звонкие металлическим оттенком перистальтические шумы. На обзорной рентгенограмме живота видна шаровидно раздута слепая кишка, Заворот сигмовидной кишки чаще у пожилых людей длительно страдающих запорами. Боли возникают внезапно, интенсивные, локализуются обычно в нижних отделах живота и в облает крестца. Рвота одно- и двукратная. Ведущим симптомом является задержка стула и газов. Живо резко вздут. Асимметрия

При рентгеноскопии видна резко раздутая газами сигмовидна кишка, которая занимает почти всю брюшную полость и дает характерный симптом «светлого живота», на фоне которого видно 1—2 чаши Клойбера с длинными уровнями жидкости. Лечение: экстренна операция, Хирургическое лечение состоит в расправлении завернувшихся петель кишки и опорожнении кишки от содержимого. При омертвении кишки показана ее резекция Узлообразование . Протекает с тяжелыми нарушениями кровообращения в сосудах брыжейки и ранним некрозом больших отрезков тонкой и толстой кишки. Этиология: в принимают участие не менее 2 кишечных петель. В узлообразовании обычно принимают участие тонкая кишка и подвижные, имеющие собственную брыжейку отделы толстой кишки, имеются «баллонообразная» ампула прямой кишки и горизонтальные уровни жидкости в левых отделах толстой кишки (наряду с уровнями жидкости в тонкой кишке) Лечение хирургическое В ранней стадии-развязывание узла, а в поздние сроки, прибегают к резекции больших отделов толстой и тонкой кишки. Инвагинация кишок внедрении вышележащего отрезка кишки в нижележащий (нисходящая инвагинация). Внедрение кишечника в обратном на правлении (восходящая инвагинация) наблюдается редко Клиника и диагностика: начинается внезапно, Ведущий симптом — резкие, схваткообразные боли, Боли сопровождаются неоднократной рвотой. Живот при пальпации мягкий. Диагноз: основывается на триаде: симптомов схваткообразные боли, пальпируемое образование правой половине живота, кровянистые выделения из прямой кишки. Лечение: хирургическое.

№49

1. Отграниченный перитонит чётко отграничен от остальных отделов брюшной полости спайками, фиброзными налётами, большим сальником и др. органами (воспалительный инфильтрат, абсцесс: поддиафрагмальный, подпеченочный, межпетельный, илеоцекальной области, Дугласова пространства).

Поддиафрагмальный абсцесс локализуется в правом или левом поддиафрагмальном пространстве и является осложнением различных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости: аппендицита, острого холецистита, перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острого панкреатита и различных операций -на органах брюшной полости. Клиника и диагностика: основная жалоба— постоянные боли, локализующиеся в правом или левом подреберье, которые могут иррадиировать в спину, лопатку, надплечье (за счет раздражения окончаний диафрагмального нерва), беспокоит тошнота, икота. Температура тела повышена до фебрильной, носит интермиттирующий характер. Пульс учащен до 100—110 в минуту. При осмотре - вынужденное положение больного на спине или на боку, иногда полусидя. Язык суховат, обложен налетом грязно-серого цвета. Живот несколько вздут, болезнен при пальпации в подреберье, в межреберных промежутках соответственно локализации гнойника. Тонус мышц передней брюшной стенки соответственно локализации абсцесса несколько повышен. Симптомы раздражения брюшины определяются редко. В общем анализе крови выявляют лейкоцитоз, неитрофилез, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ — признаки, характерные для гнойной интоксикации. При подозрении на поддиафрагмальный абсцесс обязательно проведение рентгенологического исследования в положении стоя и латеропозиции. При наличии поддиафрагмального абсцесса можно отметить более высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения, ограничение ее подвижности, выпот в плевральной полости оттеснение желудка. Прямым рентгенологическим симптомом является наличие уровня жидкости с газовым пузырем над ним.

Лечение: хирургическое - вскрытие и дренирование гнойника. Может быть применен как чрезбрюшинный, так и внебрюшинный доступ по Мельникову или со стороны спины с резекцией 7 ребра. Последний предпочтительнее, так как удается избежать массивного бактериального обсеменения брюшной полости.

2. Обтурационная. а)закрытие просвета опухолями, инородными телами, глистами, копролитами; б)сдавление извне опухолями, воспалительными инфильтратами, метазтазами, воспалит. лимфоузлами, спайками. Клиника: Боли в животе схваткообразного характера, тошнота и рвота, задержка стула и газов, усиление перистальтики или при длительном течении отсутсвие. Диагностика: Узи, рентген, иригоскопия.

Лечение: консервативное( декомпрессия верхних отделов ЖКТ, клизмы, спазмолитики, инфузионная терапия, коррекция электролитных нарушения) Хирургическое( полная обтурационная непроходимость-показание к экстренной операции)

Билет №50

1. Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы. Острый панкреатит: понятие, этиология, патогенез.

Отделы поджелудочной железы:

-головка;

-тело;

-хвост;

К задней поверхности тела прилежат аорта и селезеночная вена, а позади хвоста находятся левая почка с артерией и веной, левый надпочечник.

Головка поджелудочной железы лежит в подковообразном изгибе двенадцатиперстной кишки. Позади головки расположены нижняя полая и воротная вены, правые почечные артерия и вена, общий желчный проток.

К задней поверхности тела прилежат аорта и селезеночная вена, а позади хвоста находятся левая почка с артерией и веной, левый надпочечник.

К передней поверхности поджелудочной железы прилежит задняя стенка желудка. От переднего края тела желез берет начало дупликатура корня брыжейки поперечной ободочной кишки.

Внутри головки проходит интрапанкреатическая часть холедоха.

Внешнесекреторная активность:

-протеазы (трипсин, химотрипсин);

-нуклеазы (рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза);

-липазы (фосфолипазы-в активном виде);

-карбогидрызы (амилаза);

-стабилизатор – «ингибитор трипсина»;

Регуляторы внешнесекреторной активности:

- холецистокинин (стимулирует секрецию ферментов);

-секретин (стимулирует секрецию воды и бикарбоната);

-соматостатин (ингибитор секреции ферментов);

Внутрисекреторная активность поджелудочной железы:

1. альфа-клетками островков Лангерганса продуцируется глюкагон;

2. Инсулин продуцирует бета-клетками.

3. дельта-клетки – соматостатин;

Сок поджелудочной железы

Железа смешанной секреции. Сок выделяет в 12-перстную кишку. Пищеварение в 12-перстной кишке преимущественно полостное. За сутки - 1,5-2,5 л панкреатического сока, рН - 7,5-8,8. Из солей - высокое содержание бикарбоната - обеспечивают нейтрализацию кислого желудочного содержимого.

Специфические вещества поджелудочного сока:

1. Панкреатический калликреин - близок по свойствам к плазменному, высвобождает каллидин, идентичный брадикинину, т.е. активируется моторика, расширяются сосуды тонкого кишечника.

2. Ингибитор трипсина - блокирует активацию трипсина внутри железы.

Острый панкреатит – острый патологический процесс, обусловленный ферментативным аутолизом с воспалительной реакцией, приводящий к некрозу и вторичному инфицированию с поражением других органов и систем.

Этиология острого панкреатита:

1.Алкогольный (чаще у мужчин);

2.Билиарный (чаще у женщин);

3.Посттравматический (послеоперационный);

4.Лекарственный;

5.На фоне заболеваний ЖКТ;

В патогенезе острого панкреатита участвуют различные факторы, однако механизм, запускающий воспаление поджелудочной железы, точно не установлен. Происходит сдвиг рН внутри поджелудочной железы в кислую сторону – активация трипсиногена в трипсин внутри поджелудочной железы – активация трипсином прочих проферментов с переходом их в активную форму внутри железы – аутолитическое повреждение поджелудочной железы – дальнейшее закисление среды – выброс цитокинов, выход ферментов – ПОРОЧНЫЙ КРУГ.

2. Грыжи. Понятие, классификация. Элементы грыж. Этиология, патогенез.

Грыжи - это врожденный или приобретенный дефект мышечно-апоневротической целостности брюшной стенки, который дает возможность для выпячивания через него любого образования, которое в нормальных условиях здесь не происходит.

Составными частями грыжи обычно являются грыжевые ворота, грыжевой мешок, содержимое грыжевого мешка.

Грыжевые ворота - это дефект в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, через который происходит выхождение наружу внутренних органов и париетального листка брюшины. Форма грыжевых ворот может быть круглая, овальная, треугольная, щелевидная.

Грыжевой мешок - это часть париетальной брюшины, вышедшая через грыжевые ворота. Различают устье, шейку, тело и дно грыжевого мешка.

Грыжевое содержимое - это внутренние органы брюшной полости, вышедшие в грыжевой мешок. Содержимым грыжи может быть любой орган брюшной полости, но чаще им бывают органы, ближе расположенные к месту грыжевых ворот и обладающие большей подвижностью: петли тонкой кишки, сальник, ободочная кишка. Содержимое мешка обычно легко вправляется в брюшную полость. Такая грыжа называется свободной, или вправимой. В случае образования спаек между грыжевым мешком и грыжевым содержимым развивается фиксированная, или невправимая, грыжа.

Классификация:

1. Наружные и внутринние;

2. По локализации грыжевых ворот различают грыжи паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота, спигелиевой линии, поясничные, седалищные и промежностные;

3. По этиологическим признакам все грыжи делятся на две группы: врожденные и приобретенные. Подавляющее большинство врожденных грыж живота - это паховые и пупочные грыжи. Приобретенные грыжи делят на грыжи от усилия (возникающие вследствие резкого повышения внутрибрюшного давления), грыжи от слабости (у пожилых и старых людей), травматические, послеоперационные и искусственные.

4.По клиническому течению различают грыжи неосложненные (вправимые) и осложненные. К осложнениям грыж относятся: ущемление, невправимость, воспаление грыжи, копростаз.

Причины, способствующие образованию грыж, принято делить на местные и общие.

- Местные причины связаны с анатомическими особенностями строения брюшной стенки, наличием в ней «слабых» мест. К таким местам, так называемым «грыжевым точкам» брюшной стенки, относятся: зона пахового канала, зона овальной ямки на бедре, апоневроз белой линии живота, пупочная область, зона спигелиевой линии, треугольника Пти, четырехугольника Грюнфельда-Лесгафта, запирательного канала.

- Общие причины, способствующие образованию грыжи, раз деляют на предрасполагающие и производящие. Предрасполагающие причины - это особенности конституционального характера, наследственность, пол, возраст, патология коллагеновой системы и др. Производящие причины - это факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления: тяжелый физический труд, запоры, роды, длительный кашель, частые рвоты и др.

Билет № 51.

1.Острый панкреатит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

Острый панкреатит – острый патологический процесс, обусловленный ферментативным аутолизом с воспалительной реакцией, приводящий к некрозу и вторичному инфицированию с поражением других органов и систем.

Этиология острого панкреатита:

1.Алкогольный (чаще у мужчин);

2.Билиарный (чаще у женщин);

3.Посттравматический (послеоперационный);

4.Лекарственный;

5.На фоне заболеваний ЖКТ;

Симптомами, характерными для острого панкреатита, являются болевой (опоясывающие боли), диспепсический, SIRS, интоксикационный.

Диагностика:

-жалобы, анамнез, физикальное обследование;

-общие лабораторные исследования;

-исследование ферментов (амилаза крови);

-рентгенологические методы диагностики (разворот подковы 12-п к-ки, расширение ретрогастрального пространства);

-УЗИ, КТ

-чрезкожная пункция под контролем УЗИ,КТ;

-бактериологическое исследование;

-лапароскопия;

Дифференциальная диагностика:

1. Обострение язвы желудка и 12-п к-ки (ФГДС,УЗИ,ферменты)

2.Перфоративная язва (обзорная рентгенография брюшной полости стоя)

3. Острый холецистит (УЗИ, ферменты, лапароскопия)

4. Острый аппендицит (УЗИ, ферменты, лапароскопия)

5. Острый пиелонефрит (УЗИ, анализ мочи, ферменты)

6. Острая кишечная непроходимость (обзорная рентгенография брюшной полости стоя, ферменты, лапароскопия)

2.Прямая и косая паховая грыжа: механизм образования, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение.

В норме паховый канал представляет щелевидное пространство, заполненное у мужчин семенным канатиком и у женщин – круглой маточной связкой Паховый канал проходит наискось под углом к пупартовой связке и имеет длину у мужчин около 4-4,5 см. Стенки пахового канала передняя – апоневроз наружной косой мышцы живота, нижняя пупартова связка, задняя – поперечная фасция живота, верхняя – свободный край внутренней косой и поперечной мышц живота.

Паховые грыжи делят на косые и прямые.

Косая паховая грыжа проходит через латеральную паховую ямку, глубокое паховое кольцо в паховый канал, нередко опускается в мошонку. Бывают врожденными и часто ущемляются, имеют овальную форму.

Прямая паховая грыжа выходит из брюшной полости через медиальную паховую ямку, расположенную напротив поверхностного пахового кольца, наружное паховое отверстие, и часто бывает двусторонней. Практически никогда не опускается в мошонку, либо находится отдельно от семенного канатика. Такие грыжи не бывают врожденными и чаще встречаются у лиц пожилого возраста. Редко ущемляются. Круглая форма.

При наличии паховой грыжи пациент может замечать вздутие паховой области, которое периодически меняется в размерах, а в лежачем положении становится вовсе незаметным. При физических нагрузках в области грыжи могут ощущаться боли различной интенсивности.

Дифференциальная диагностика:

- с бедренной грыжей ( бедренная-под пупартовой связкой, УЗИ, КТ)

- с липомой (отсутствие кашлевого толчка, УЗИ)

- лимфоаденопатия

- водянка семенного канатика.

Лечение

- консервативное – ношение бандажа;

-хирургическое-грыжесечение с пластики передней и задней стенки.

Билет № 52

1. Классификация острого панкреатита. Осложнения.

Острый панкреатит – острый патологический процесс, обусловленный ферментативным аутолизом с воспалительной реакцией, приводящий к некрозу и вторичному инфицированию с поражением других органов и систем.

Этиология острого панкреатита:

1.Алкогольный (чаще у мужчин);

2.Билиарный (чаще у женщин);

3.Посттравматический (послеоперационный);

4.Лекарственный;

5.На фоне заболеваний ЖКТ;

Классификация:

1. отечный

2. панкреатонекроз

-стерильный

-инфицированный

По характеру некротического поражения

-жировой

-геморрагический

-смешанный

По распространенности - мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотально-тотальный.

По локализации процесса - головка, тело, хвост, с поражением 2-х и более сегментов.

Осложнения :

1. Парапанкреатический инфильтрат

2.Забрюшинная флегмона (асептическая, септическая)

3.Свищи (наружные, внутренние).

4.Кисты (истинная - собственная оболочка,внутренние стенки

выстланны эпителием.ложная - нет собственной оболочки,ограничена соседними органами).

5.Плеврит, медиастинит

6. Острый респираторный дистресс синдром.

7.Перитонит (ферментативный, бактериальный)

8. Аррозивные и зррозивные кровотечения.

9.Механическая желтуха.

2. Грыжи белой линии живота.

Грыжа белой линии живота – состояние, при котором в сухожильных волокнах между мышцами по средней линии живота образуются щели, через которые выходит сначала жир, а затем и органы брюшной полости.

Грыжа белой линии живота проявляется болезненным выпячиванием в любом месте по средней линии живота.

Формирование грыжи белой линии живота начинается с проникновения предбрюшинной клетчатки в щели апоневроза с образованием так называемой «предбрюшинной липомы». Сдавление этого образования может обусловливать возникновение выраженного болевого синдрома, напоминающего клиническую картину некоторых заболеваний органов брюшной полости - язвенной болезни, холецистита, панкреатита и др. С течением времени вслед за жировой клетчаткой в апоневротическую щель выпячивается брюшина и формируется истинная грыжа. Содержимым грыж белой линии чаще всего бывает сальник, реже - петли тонкой и стенка поперечноободочной кишок.

Симптомы грыжи белой линии живота:

болезненное выпячивание средней линии живота, чаще в верхних отделах;

боль в верхних отделах живота, особенно при натуживании и резких движениях;

расхождение мышц (диастаз) по средней линии живота;

тошнота, иногда рвота.

Выделяют три стадии грыжи: предбрюшинную липому, начальную и сформированную грыжу.

В зависимости от расположения относилельно пупка различают следующие грыжи белой линии живота:

1.надпупочные - расположенные выше пупка;

2.околопупочные - находящиеся рядом с пупочным кольцом;

3.подпупочные - расположенные ниже пупка.

Дифференциальная диагностика – липома, пупочная грыжа метастазы рака желудка в пупок.

Хирургическое лечение – закрытие по Сапежко, Дьяконову (создают дупликатуру из слоев апоневроза белой линии живота в вертикальном направлении путем наложения нескольких П-образных швов с последующим подшиванием узловыми швами края свободного лоскута апоневроза к передней стенке влагалища прямой мышцы живота.), Напалкову (зашивание мышечно-апоневротическими тканями).

Билет №53

1.Отграниченный перитонит, понятие, виды. Подпеченичный абсцесс, клиника, диагностика, лечение.

Клиническое течение отграниченного перитонита значительно легче, чем общего. Первоначально появляются боли по всему животу, рвота и вздутие кишечника. Боли иногда с самого начала могут быть очень интенсивными, что зависит от близости источника инфекции к пристеночной брюшине. Уже в ближайшее время становится ясным, что вздутие кишечника умеренное и ограничивается болезненным участком. Несмотря на боли и повторяющуюся рвоту, состояние больного удовлетворительно: нет того беспокойного выражения лица, бледности, синюшных губ, которые характерны для общего перитонита; дыхание спокойное, сознание ясное. Пульс может быть нормальным или несколько учащенным, хорошего наполнения. Как и при общем перитоните, следует внимательно следить за пульсом, т. к. и при отграниченном П. состояние сердечнососудистой системы является лучшим показателем характера и степени распространения инфекции. Меньшее значение имеют темйературные колебания, т. к. при отграниченных процессах в брюшной полости температура может оставаться без особых изменений. Высокая температура ремитгарующего типа указывает на нагноительный процесс.

Признаки отграниченного перитонита:

-боли локальные с нарастанием,

-отграниченное напряжение мышц,

-при пальпации живота-опухолевидное образование

-локальное притупление перкуторного звука

-лихорадка, гектическая температура

-в крови лейкоцитоз

-тахикардия

Лечение:

а. Хирургические

Лапаротомия, раннее удаление или изоляция источника перитонита.

Интра- и послеоперационная санация брюшной полости.

Декомпрессия тонкой кишки.

б. Консервативное

Массивная антибиотикотерапия направленного действия.

Медикаментозная коррекция нарушений гомеостаза.

Стимуляция либо временное замещение важнейших детоксикационных систем организма методами экстракорпоральной гемокоррекции.

Подпеченочный абсцесс располагается в полости брюшины между нижней поверхностью печени и петлями кишечника; возникает в результате отграниченного гнойного перитонита.

У больных выражен болевой синдром в правой половине живота, высокая температура, иногда гектического характера.

Диагноз При осмотре язык обложен, живот отстает при дыхании в правой половине, иногда на глаз определяется образование, ограниченно смещающееся придыхании. При пальпации — напряжение мышц и болезненный неподвижный инфильтрат различного размера. При обзорном рентгенологическом исследовании органов брюшной и грудной полости обнаруживают парез ободочной кишки, ограничение подвижности правого купола диафрагмы, возможно небольшое скопление жидкости в синусе. Очень редко выявляют уровень жидкости в полости гнойника.

В диагностике помогает ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей.

Лечение. Показано дренирование абсцесса, для чего в настоящее время чаще используют малоинвазивные технологии. Под контролем ультразвукового исследования производят чрескожную пункцию абсцесса, аспирируют гной. В полость гнойника помещают специальный дренаж, через который можно многократно промывать гнойную полость и вводить антибактериальные препараты. Процедура малотравматична и гораздо легче переносится больными, чем открытое оперативное вмешательство. Если эту технологию применить невозможно, тогда полость абсцесса вскрывают и дренируют хирургическим способом. Применяют как чрезбрюшинный. так и внебрюшинный доступ по Мельникову. Последний метод предпочтительнее, так как позволяет избежать массивного бактериального обсеменения брюшной полости.

2.Лечение грыж брюшной полости.

Устранить грыжу можно только оперативным путём. Применение бандажа является паллиативным мероприятием. Оно показано только в тех случаях, когда по той или иной причине операция не может быть произведена.

Основным принципом оперативного лечения грыж живота является индивидуальный, дифференцированный подход к выбору метода грыжесечения. При решении этой задачи необходимо учитывать форму грыжи, её патогенез, состояние тканей брюшной стенки и величину грыжевого дефекта.

Операция при грыже должна быть максимально простой и наименее травматичной.

Этапы грыжесечения:

Первый этап — послойное рассечение тканей до апоневроза и обнажение грыжевого мешка. Второй — вскрытие грыжевого. Третий этап — рассечение ущемляющего кольца (при бедренных грыжах — медиально от шейки грыжевого мешка, при пупочных грыжах — в поперечном направлении). Четвертый этап — определение жизнеспособности ущемленных органов. Это наиболее ответственный этап. Пятый — резекция нежизнеспособных органов (тонкую кишку резецируют от зоны некроза на 30—40 см в прокси-мальном и 15—20 см дистальном направлениях; сальник резецируют отдельными участками без образования большой общей культи; при некрозе слепой кишки из срединной лапаро-томии выполняют резекцию правой половины толстой кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза; при некрозе стенки мочевого пузыря выполняют резекцию его с наложением эпи-цистостомы). Шестой этап — при выборе метода пластики грыжевых ворот следует отдать предпочтение наиболее простым.

Пластика грыжевых ворот:

При косых паховых грыжах-укрепление передней стенки пахового канала:

Способ Жирара. Пластика пахового канала производится путем подшивания внутренней косой и поперечной мышц живота к пупартовой связке поверх семенного канатика. Затем к пупартовой же связке подшивают внутренний листок рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота. Поверх него пришивают наружный листок апоневроза, создавая таким образом апоневротическую дупликатуру. Формируют наружное отверстие пахового канала так, что бы оно пропускало кончик пальца (семенной канатик). Накладывают швы на кожу.

Способ Спасокукоцкого. Отличается от способа Жирара тем, что к паховой связке подшиваются одновременно (одним швом) внутренняя косая и поперечная мышцы вместе с внутренним листком апоневроза наружной косой мышцы живота. Затем так же создается дугошкатура из листков апоневроза.

Способ Кимбаровского (швы Кимбаровского) является наи более часто применяемой в клинической практике модификацией операции Жирара-Спасокукоцкого. Суть модификации в использовании при пластике оригинальных швов, обеспечивающих сопоставление однородных тканей. Для этого первый вкол иглы делают, отступя 1 см от края верхнего листка апоневроза. Игла проходит через всю толщу подлежащих мышц и возвращается на переднюю поверхность апоневроза у самого его края. Затем этой же иглой захватывают паховую связку. Остальные швы накладывают таким же образом. При затягивании нитей верхний листок апоневроза подворачивается и прикрывает мышцы. В результате спереди от семенного канатика к паховой связке подшиваются края мышц, окутанных апоневрозом.

Укрепление задней стенки (при прямых и косых паховых грыжах):

Способ Бассини. Это классический способ укрепления задней стенки пахового канала, имеющий множество модификаций. Восстановление ослабленной задней стенки при этом способе достигается путем подшивания под семенным канатиком внутренней косой и поперечной мышц вместе с поперечной фасцией живота к паховой связке. Семенной канатик укладывается на образованную мышечную стенку. Края апоневроза наружной косой мышцы живота сшиваются над семенным канатиком край в край. Метод Бассини в клас сическом варианте редко применяется в клинической практике. Слабым местом этой операции считается сопоставление швами разнородных тканей: захваченные в шов мышцы со временем могут атрофиро ваться и рубцово перерождаться.

Способ Кукуджанова При этом способе операции укрепление задней стенки пахового канала производится: а) в медиальном отделе пахового промежутка путем подшивания наружного края влагалища прямой мышцы живота к верхней лобковой (Куперовой) связке 3-4 швами; б) в латеральном отделе к паховой связке подшивают соединенное сухожилие внутренней косой и поперечной мышц живота вместе с краями рассеченной поперечной фасции. Апоневроз наружной косой мышцы живота сшивают дупликатурой над семенным канатиком. Достоинством этой операции является не только механическое укрепление задней стенки пахового канала, но и уменьшение пахового промежутка с восстановлением клапанной функции пахового канала.

Способ Постемпского . Этот способ герниопластики заключается в полной ликвидации пахового канала, пахового промежутка и в создании пахового канала с совершенно новым направлением. К лобково-подвздошному тяжу и пупартовой связке подшивают четыре анатомических слоя: апоневроз наружной косой мышцы живота, внутреннюю и поперечную мышцы, поперечную фасцию, захватывая их в один шов. В первые медиальные швы захватывают край влагалища прямой мышцы живота, подшивая его к верхней лоб ковой связке. Под семенным канатиком формируется и дупликатура из листков апоневроза наружной косой мышцы живота. Вновь созданный «паховый канал» с семенным канатиком должен проходить через мышечно-апоневротический слой в косом направлении так, чтобы его наружное отверстие находилось несколько латеральное по отношению к внутреннему отверстию. Семенной канатик укладывают на апоневроз и над ним сшивают подкожную клетчатку и кожу.

Билет №54

1.Острый перитонит. Клиника, диагностика, лечение.

ОСТРЫЙ ПЕРИТОНИТ – острое воспаление брюшины, сопровождающееся тяжелыми общими симптомами с нарушением функции жизненно важных органов и систем и гомеостаза.

Острый перитонит характеризуется развитием интоксикации, которая на начальном этапе патологического процесса связана с циркуляцией в крови биологически активных веществ (реактивная фаза), а на поздних – с циркуляцией экзо – и эндотоксинов (токсическая фаза) и поражением центральной нервной системы (терминальная фаза). Перитонит может быть: 1) местным, 2) ограниченным, 3) разлитым (диффузным).

Клиника:

1. Первая стадия (24 часа). Местный перитонит переходит в распространенный. Жалобы-боли в животе, повышение температуры, сухость языка, рвота, тахикардия, тахипное, умеренный лейкоцитоз.

2.Вторая стадия (до 24-72 часов) Диффузный или распространенный перитонит, Жалобы-боли в животе, выраженная интоксикация,тахикардия, тахипное, рвота, клиника основного заболевания стерта. Выраженные гемодинамические и микроциркуляторные нарушения.

3.Третья стадия(свыше 72 часов).распространенный перитонит. Эндотоксикоз, сознание смутное, лицо Гиппократа, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность прогрессируют. Полиорганная недостаточность, септический шок.

При диагностике острого перитонита необходимо обратить внимание на жалобы больных на резкую слабость, с трудом переносимые боли в животе, тошноту, рвоту, сухость во рту. При их осмотре выявляют выраженную тахикардию при часто нормальной или субфибрильной температуре тела, сухие губы, сухой язык, неучастие передней брюшной стенки в акте дыхания, выраженную болезненность живота и непроизвольное мышечное напряжение его стенок при поверхностной перкуссии и пальпации, другие положительные симптомы раздражения брюшины Щеткина - Блюмберга, Воскресенского.

С диагностической целью:

-пункция брюшной полости

-лапароскопия

-УЗИ брюшной полости

-КТ

Общие принципы лечения перитонита:

1) устранение источника;

2) санация брюшной полости;

3) адекватное дренирование брюшной полости;

4) адекватная антибиотикотерапия с учетом чувствительности возбудителей;

5) обязательный контроль водно–электролитного обмена. Коррекция раствором Рингера, 5%-ным раствором глюкозы;

6) проведение детоксикации путем форсированного диуреза. В тяжелых случаях в условиях дефицита белка вначале вводят протеины, а затем проводят форсированный диурез;

7) использование гемо-, плазмо–и лимфосорбции.

2.Язвенный стеноз привратника.

Стеноз привратника возникает обычно при рубцевании язвы, расположенной в пилорическом канале или начальной части луковицы двенадцатиперстной кишки (нередко после операции ушивания прободной язвы). Выраженность клин. проявлений рубцово-язвенного стеноза привратника нарастает постепенно. Больных начинают беспокоить тяжесть и чувство переполнения в подложечной области после еды, присоединяется отрыжка тухлым яйцом, позже - рвота пищей, съеденной накануне. При пальпации живота в подложечной области отмечается шум плеска (симптом Василенко), становится заметной видимая перистальтика желудка. В тяжелых случаях прогрессирует истощение, развиваются нарушения водно-электролитного обмена.

В начальной стадии (компенсированный стеноз) наряду с умеренным сужением выхода из желудка имеет место гипертрофия мускулатуры желудка с небольшим увеличением его объема, характеризуется чувством тяжести в эпигастрии, натощак 200-300 мл в желудке. В следующей стадии (субкомпенсированный стеноз) сужение выхода из желудка прогрессирует, желудок растягивается, стенка его начинает атрофироваться, отмечаются явления застоя пищи в желудке, характеризуется чувством переполнения, срыгиванием, натощак более 500 мл в желудке. Наконец, заключительная стадия (декомпенсированный стеноз) проявляется почти полной непроходимостью привратника, резким растяжением желудка и атрофией его стенки, нарушениями водно-солевого и белкового обмена, истощением.

Диагностика основывается на язвенном анамнезе.

ФГДС с биопсией

Рентгеноконтрастное исследование желудка

Электрогастрография

УЗИ

Лечение:

При компенсированном и субкомпенсированном стенозе-по относительным показаниям,в плановом порядке .

Дистальная резекция 2/3 желудка по бильрот-2 с учетом границ кислотопродуцируещей зоны.

При компенсированном-ваготомия.