ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

шпаргалки

Татьяна Дмитриевна Селезнева

Хирургические болезни

Серия «Шпаргалки»

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=148448
Хирургические болезни: ЭКСМО; Москва; 2007
ISBN 978-5-699-21525-6

Аннотация

Информативные ответы на все вопросы курса «Хирургические болезни» в соответствии с Государственным образовательным стандартом.

Содержание

1. Краткая анатомо-физиологическая характеристика, методы исследования, классификация заболеваний пищевода 4
2. Функциональные заболевания, дивертикулы пищевода, инородные тела 7
3. Ожоги пищеварительного тракта 10
4. Рак пищевода 13
5. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки 16
6. Стеноз привратника 19
Конец ознакомительного фрагмента. 20

Т. Д. Селезнева
Хирургические болезни

1. Краткая анатомо-физиологическая характеристика, методы исследования, классификация заболеваний пищевода

Краткие анатомо-физиологические характеристики. Различают три отдела пищевода – шейный, грудной и брюшной. Общая длина его в среднем равна 25 см. Пищевод фиксирован лишь в шейном отделе и в области диафрагмы, остальные его отделы довольно подвижны как в вертикальном, так и в боковых направлениях. Он имеет три сужения: в начальном отделе, на уровне бифуркации трахеи и при переходе через диафрагму. Кровоснабжение шейного отдела пищевода осуществляется ветвями нижних щитовидных артерий, в средней трети – из бронхиальных и непарных, идущих непосредственно из аорты, мелких пищеводных артерий и внизу – из пищеводных ветвей левой желудочной артерии и диафрагмальных артерий. В области пищевода име-

ются венозные анастомозы между воротной веной печени и верхней полой веной. Физиологическая функция пищевода складывается главным образом из произвольного и непроизвольного актов.

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

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

1) обзорная рентгеноскопия области шеи, органов грудной клетки и брюшной полости;

2) исследование с 1–2 глотками жидкой бариевой взвеси области кардии и рельефа слизистой оболочки желудка;

3) исследование глотки и пищевода с жидкой бариевой взвесью;

4) исследование «пневморельефа» – двойное контрастирование пищевода;

5) исследование контуров перистальтики стенок пищевода с густой бариевой взвесью;

6) исследование рельефа слизистой оболочки пищевода.

При эзофагоскопии можно осмотреть всю слизистую пищевода, а также кардиальный и субкардиальный отделы желудка, установить источник кровотечения, наличие диверти-

кулов, опухоли, взять участок опухоли для биопсии, с помощью фотоаппарата-насадки можно получить черно-белые и цветные фотографии.

Классификация заболеваний пищевода.

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

2. Инородные тела пищевода.

3. Функциональные заболевания пищевода (ахала-зия пищевода, кардиоспазм, дискинезия пищевода – эзофагоспазм).

4. Дивертикулы пищевода.

5. Ожоги пищевода.

6. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода.

7. Рак пищевода.

2. Функциональные заболевания, дивертикулы пищевода, инородные тела

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

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

Кардиоспазм разделяют на три стадии: первая – непостоянный спазм кардии, вторая – гипертоническая и третья – атоническая. При многолетнем течении кардиоспазм не склонен переходить в рубцовый стеноз кардии, если болезнь не осложняется химическими или термическими повреждениями (алкоголь, острые, соленые, кислые блюда, горячая пища и др.), а также значительными надрывами стенки пищевода при кардиодилятации.

Эту категорию больных лечат при помощи металлического кардиодилятатора типа Штарка или пневматического дилятатора. Лечение кардиоспазма с помощью кардиодиля-

татора дает удовлетворительные отдаленные результаты, но требует повторных подкрепляющих сеансов.

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

Дивертикулы пищевода

Ограниченное расширение просвета пищевода в виде мешковидного выпячивания его стенки.

В основе классификации дивертикулов лежат их локализация и механизм возникновения.

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

Диагноз дивертикула ставят на основании клинической картины и главным образом рентгенологического исследования. Дополнительные данные дает эзофагоскопия. Радикальный метод лечения дивертикулов – хирургический.

Операции подлежат дивертикулы II и III стадии и особенно осложненные.

Инородные тела

Чаще всего инородные тела попадают в пищевод случайно, при поспешной еде. В подавляющем большинстве это различные кости, зубные протезы и другие предметы.

Клиническая картина заболевания зависит от величины, формы и характера инородного тела, от уровня его нахождения и длительности пребывания в пищеводе, степени повреждения пищевода.

3. Ожоги пищеварительного тракта

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

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

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

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

Период исходов характеризуется развитием стойких последствий ожога и отравления в виде рубцовых сужений пищевода, постнекротического цирроза печени, хронического

эзофагита, медиастинита, хронической пневмонии, обострения туберкулезного процесса, стойких функциональных расстройств внутренних органов.

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

Для этого в первые часы после отравления желудок обильно промывают теплой водой (5–8 л). При отравлении кислотами (уксусной, соляной, серной и др.) для нейтрализации можно применять 2 %-ный раствор обычной пищевой соды, жженую магнезию. При отравлении щелочами (едким натром, каустической содой) – раствор столового уксуса, разведенного наполовину водой, 1 %-ный раствор лимонной кислоты.

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

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

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

Для борьбы с обезвоживанием организма и для сохранения белкового баланса внутривенно вводят 5 %-ный рас-

твор глюкозы на изотоническом растворе NaCl (2–3 л), полиглюкин, кровь, плазму, кровезаменители. Больному назначают полноценную диету, богатую витаминами. Рекомендуют сливочное масло, рыбий жир, молоко, сливки, сырые яйца, оливковое масло.

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

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

4. Рак пищевода

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

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

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

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

При прорастании и сдавлении опухолью возвратного нерва появляется охриплость голоса, свидетельствующая о запущенной стадии рака и локализации его в верхнем отделе пищевода. Общий симптом рака пищевода различных лока-

лизаций – истощение и прогрессирующее похудание.

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

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

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

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

Противопоказания к радикальному хирургическому лечению рака пищевода:

1) отдаленные метастазы в шейные и надключичные лимфатические узлы;

2) вовлечение в раковый процесс бронха, возвратного и диафрагмального нервов, ствола симпатического нерва;

3) декомпенсация сердечно-сосудистой деятельности в связи с органическими заболеваниями сердца и гипертонической болезнью.

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

5. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

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

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

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

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

По течению заболевания язвы бывают неосложнен-ные и осложненные. Последние сопровождаются усиленными пролиферативно-склеротическими процессами со стороны со-

единительной ткани (каллезные язвы), пенетрацией, перфорацией, кровотечением, малигнизацией, стенозированием привратника и деформациями желудка с нарушением эвакуации.

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

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

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

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

Гастроэнтеростомия (наложение желудочно-кишечного соустья). Сущность данной операции заключает-

ся в создании сообщения между желудком и тощей кишкой для прохождения пищи из желудка в тонкую кишку, минуя привратник и двенадцатиперстную кишку.

Из существующих методов гастроэнтеростомии в настоящее время применяют переднюю впередиободоч-ную и заднюю позадиободочную гастроэнтеростомию.

При первой операции тонкая кишка подводится к желудку впереди поперечно-ободочной кишки и подшивается к передней стенке желудка.

Во избежание «порочного круга» между приводящей и отводящей петлями тонкой кишки накладывается межкишечный анастомоз по Брауну. При второй операции тонкую кишку подшивают позади поперечно-ободочной кишки к задней стенке желудка.

6. Стеноз привратника

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

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

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

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

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

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