



# ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

## СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ



ТОМ

1

НАЦИОНАЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ НАУК БЕЛАРУСИ  
Отделение медицинских наук

# ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ: СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ

**В 2 томах**

---

*Под общей редакцией  
Ю. М. Гаина, Ю. Е. Демидчика*



Минск  
«Беларуская навука»  
2013

НАЦИОНАЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ НАУК БЕЛАРУСИ  
Отделение медицинских наук

# ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ: СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ

ТОМ  
1



Минск  
«Беларуская навука»  
2013

УДК 617-089  
ББК 54.5  
Х50

А в т о р ы:

Ю. М. Гаин, Ю. Е. Демидчик, С. В. Шахрай, В. Г. Богдан, Н. В. Завада,  
С. А. Алексеев, В. Т. Кохнюк, С. Е. Шелкович, В. Л. Денисенко,  
М. Ю. Гаин, Е. Ю. Демидчик

Р е ц е н з е н т ы:

академик РАЕН А. Н. Лычиков,  
доктор медицинских наук Г. Г. Мармыш

**Хирургические болезни : симптомы и синдромы. В 2 т. Т. 1 / Ю. М. Гаин**  
Х50 [и др.] ; под общ. ред. Ю. М. Гаина, Ю. Е. Демидчика. – Минск : Беларус.  
навука, 2013. – 479 с. : ил.  
ISBN 978-985-08-1601-6.

В издании представлено несколько тысяч эпонимических симптомов и синдромов. Для лучшего их восприятия они систематизированы по хирургическим нозологиям и разбиты по группам. Многочисленные иллюстрации, схемы и фотографии тех или иных проявлений заболеваний способствуют повышению эффективности усвоения материала.

Предназначено для врачей хирургического профиля, врачей-интернов, клинических ординаторов, магистрантов, аспирантов, а также для студентов медицинских университетов, углубленно изучающих хирургические болезни.

**УДК 617-089**  
**ББК 54.5**

**ISBN 978-985-08-1601-6 (т.1)**  
**ISBN 978-985-08-1600-9**

© Оформление. РУП «Издательский дом  
«Беларуская навука», 2013

## ПРЕДИСЛОВИЕ

### [Docento discimus]

«Всё необычное мы воспринимаем как невероятное, в то время как именно необычное и является богатейшим источником великих открытий».

*H. B. Selye (1962)*

Если оглянуться в прошлое и пристально посмотреть на настоящее, можно заметить, что большинство окружающих нас объектов и событий носит чьё-либо имя. Подобный подход, который с научной точки зрения можно определить как эпонимический\*, распространён повсеместно. Примеров таких эпонимов можно привести очень много. Это и город Вашингтон, и пирамида Хеопса, и континент Америка, и страна Колумбия, и названия технических терминов (пульмановский вагон), физических величин (ватт, рентген, джоуль и др.), химических элементов (менделевий, бор, бекелит, фермий, нобелий, юрий, резерфордий и т. д.), ряда минералов (гётит, витерит) и некоторых растений (раувольфия, далия). Перечень этот можно продолжать бесконечно.

В медицине, как ни в какой другой отрасли специальных знаний, имеется огромное количество симптомов, синдромов, заболеваний, клинических проявлений, специальных признаков, названия которых, выходя за рамки специальной (латинской, греческой и т. д.) терминологии, определяются внешними проявлениями или связаны с именами и фамилиями людей, имевших к ним касательство. Именно поэтому в медицинской литературе можно встретить «симптом медной проволоки», «симптом обрубленного дерева», «синдром херувизма» или «симптом Обуховской больницы». При этом изощрённый человеческий ум в определении заболеваний или их признаков использовал фамилии пациентов, монахов, героев художественной литературы, легенд и сказок, названия географических местностей, отдельных видов животных и даже терминологию некоторых народностей.

Для описания специальных феноменов, болезней и патологических признаков в медицине традиционно используют симптомы и синдромы. Определение «симптом» подразумевает объективные или субъективные проявления (признаки) заболевания. Пришедшее из греческого языка слово *symptoma* прочно вошло в интернациональную медицинскую терминологию и широко используется в повседневной практике врачей всего мира. До настоящего вре-

---

\* Эпонимы – «имя дающие»; предметы, материальные и нематериальные субстраты, которые носят имя (фамилию) какого-либо человека (чаще всего автора, их описавшего и популяризовавшего в художественной или специальной литературе).

мени в медицинской терминологии можно встретить такие слова, как «признак» (лат. – *signum*, англ. – *sign*, фр. – *signe*, нем. – *zeichen*) и «феномен» (греч. – *phenomenon*). Вместе с тем, в соответствии с данными Международного словаря медицинских терминов, слова «симптом», «феномен» и «признак» следует считать синонимами.

Понятие «синдром», прочно вошедшее в современную медицинскую терминологию из греческого языка (*syndroma* – стечение, *syndromes* – совместный бег), означает сочетание (совокупность) симптомов, объединенных едиными механизмами развития (единым патогенезом). Как правило, данный термин предусматривает различные симптомокомплексы, сочетанно наблюдающиеся в клинической картине одного заболевания либо последовательно сменяющие друг друга при его прогрессировании (развитии). Нередко в понятие «синдром» входит понятие «заболевание» («болезнь»).

Наибольшее распространение в теоретической и практической медицине и хирургии получили эпонимические симптомы и синдромы. Этим вопросам было посвящено значительное количество публикаций в специальной и справочной литературе. Из наиболее значимых источников минувшего столетия, посвящённых данному вопросу, следует назвать книги А. Aimes “Maladies et syndromes ou peu connus” (1959), R. Durhan “Encyclopedia of medical syndromes” (1962), В. Лолова с соавт. «Синдромы и редко диагностируемые болезни» (1967), В. Leiber, Th. Olbert “Die klinischen Syndrome. Medizinische Eigennamenbegriffe in Klinik und Praxis” (1968, 1973), И. Р. Лазовскис «Справочник клинических симптомов и синдромов» (1981), И. М. Матяшина с соавт. «Симптомы и синдромы в хирургии (эпонимы)» (1975, 1982). В них собрано и детализировано несколько тысяч симптомов и синдромов многочисленных заболеваний человека, которые достаточно часто цитируются в учебниках, монографиях, научных статьях.

Вместе с тем в современной медицинской литературе иногда можно встретить неправильное написание (и даже толкование!) некоторых эпонимических синдромов и симптомов, а также специальных терминов и практических приёмов, способствующих выявлению болезни. А в ряде монографий, практических пособий и даже в учебниках для студентов медицинских вузов, к сожалению, можно обнаружить описание отдельных проявлений болезни, которое по ряду параметров отличается от авторского объяснения данного симптома или синдрома. Кроме того, как только не переносят в русскую транскрипцию иностранные имена и названия! А ведь существуют определённые правила и закономерности, которые позволяют правильно интерполировать иностранные термины и фамилии, перенося их в русскоязычную учебную и специальную литературу. Особенно это важно при преподавании медицинских дисциплин в высшей школе. Ведь как будущий специалист заучит название того или иного синдрома или симптома, так и будет его использовать в своей дальнейшей врачебной практике.

Врач учится всю жизнь. Необходимость этого определяется самой спецификой и разносторонностью врачебной профессии. Непрерывный поток новой информации, совершенствование наших знаний в отношении большинства заболеваний человека, появление новых патологий, возникновение атипичных и необычных форм заболеваний, внедрение новых технологий диагностики, профилактики и лечения требуют постоянного повышения врачебной квалификации за счет совершенствования уровня знаний и приобретения новых практических навыков. Только тогда врач может быть уверен, что он не останется «за бортом» науки и практики медицины, сможет из всех сложных диагностических и лечебных ситуациях выйти победителем.

Замечательный терапевт Н. Д. Стражеско в 1957 г. сказал: «...диагностика достигла громадных успехов, и в настоящее время, в сущности говоря, уже почти не должно встречаться диагностических ошибок». Вместе с тем и в начале третьего тысячелетия медики, увы, не застрахованы от ошибок. Технический прогресс позволил оснастить учреждения здравоохранения современной диагностической техникой, позволяющей распознавать самые микроскопические патологические процессы в человеческом организме, самые минимальные изменения его метаболизма. Однако, несмотря на использование такой «умной» техники, во врачебной практике все еще существует вероятность диагностических ошибок. И вот здесь особая роль в клинической диагностике, наряду с использованием информации, полученной от специальных инструментальных и лабораторных методик, отводится интеллекту врача, владеющему информацией об основных симптомах и синдромах того или иного заболевания, а также его способности к дифференциальному отличию проявлений этих заболеваний. С точки зрения медицинской науки, лишь доскональное овладение знаниями, касающимися основных клинических проявлений заболеваний (знаниями симптомов и синдромов), позволяет точно провести диагностический процесс в нужном направлении, а следовательно, поставить точный диагноз и назначить правильное и своевременное лечение.

Авторами настоящего издания систематизированы известные эпонимические синдромы и симптомы в соответствии с программой по хирургическим болезням (а также онкологии, проктологии, кардиохирургии и другим специальностям хирургического профиля) с дополнением её редкими (но не менее ценными для диагностики) проявлениями того или иного заболевания. При этом для более лёгкого (смыслового) усвоения симптомов и синдромов все они разбиты на логические группы. Кроме того, методика проверки и выявления отдельных симптомов представлена в виде рисунков, что, по мнению авторов, повысит познавательный компонент материала. Все проявления заболеваний приведены в рамках существующих классификационных подходов, утверждённых консенсусными научными форумами, очерчены рекомендуемой Всемирной организацией здравоохранения Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого

пересмотра. Безусловно, данное издание не может полностью заменить все книги по хирургическим болезням. Но оно позволит существенно их дополнить, расширить кругозор врача в отношении целого ряда нозологических единиц хирургических заболеваний и их клинических проявлений. Насколько получилось издание – судить уважаемому Читателю. Авторам же хочется пожелать ему плодотворного усвоения материала и эффективного использования в своей дальнейшей работе врача – на благо Человека, во имя его здоровья и процветания.



## ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

«Чем глубже скрыт недуг, тем он злее и опаснее».

*P. Vergilius Maro* (70–19-е годы до н. э.)

**Классификация всех хирургических заболеваний пищевода в соответствии с МКБ-10.**

**Класс XI. Болезни органов пищеварения (K00–K93).**

**Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (K20–K31):**

K20 – эзофагит;

K21 – гастроэзофагеальный рефлюкс;

K22 – другие болезни пищевода;

K23 – поражения пищевода при болезнях, классифицированных в других рубриках;

K27 – пептическая язва неуточнённой локализации;

K44 – диафрагмальная грыжа.

Безусловно, к хирургическим заболеваниям пищевода следует отнести также отдельные нозологические единицы, включенные в следующие разделы: врождённые аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00–Q99), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00–B99), новообразования (C00–D48), симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00–R99), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00–T98), онкологическую патологию и травмы (их классификации, в соответствии с МКБ-10, приведены в других разделах).

**Клиническая классификация.** Все хирургические заболевания пищевода А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко (1987) разделяют следующим образом:

1. Врождённые аномалии (аплазия, гипоплазия, врождённый ограниченный или распространённый агангиоз, врождённые стриктуры, врождённые пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи).

2. Нейромышечные заболевания пищевода.

3. Травмы пищевода и инородные тела.

4. Приобретённые пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи.

5. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь пищевода (ГЭРБ) – рефлюкс-эзофагит, пептические язвы и стриктуры пищевода, пищевод Баррета.

6. Химические и термические ожоги пищевода и их последствия (рубцовые стриктуры пищевода).

7. Дивертикулы пищевода.
8. Доброкачественные и злокачественные опухоли пищевода.
9. Осложнения после операций на пищеводе и желудке.

С *эпонимической точки зрения* всю хирургическую патологию пищевода разделяют следующим образом:

1. Врождённые аномалии, отдельные патологические синдромы (заболевания) пищевода.
2. Отдельные признаки и патологические синдромы, характерные для осложнений грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
3. Проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).
4. Проявления травм, ожогов и инородных тел пищевода.
5. Признаки дивертикулов пищевода.
6. Проявления нейромышечных заболеваний пищевода.
7. Дифференциально-диагностические признаки хирургической патологии пищевода.
8. Признаки поражения пищевода при некоторых заболеваниях.

### **1.1. Врождённые аномалии, отдельные патологические синдромы (заболевания) пищевода**

Наиболее частая врождённая аномалия – атрезия пищевода (со свищом или без него) встречается с частотой 1 случай на 3000–4000 новорожденных. По А. А. Шалимову и В. Ф. Саенко (1987) различают: 1) атрезии без свища; 2) атрезии со свищом проксимального сегмента; 3) атрезии со свищом дистального сегмента (до 90 % всех наблюдений); 4) атрезии со свищом обоих сегментов; 5) свищи без атрезии (рис. 1.1).

В 5 % случаев атрезию пищевода отмечают при хромосомных болезнях. У лиц мужского и женского пола она встречается с одинаковой частотой (1:1).

Развитие данных пороков связано с нарушениями на ранней стадии эмбриогенеза. Как известно, трахея и пищевод формируются из одного зачатка – головного отрезка передней кишки. На самой ранней стадии эмбриогенеза пищевод и трахея широко сообщаются между собой. Разделение их происходит на 4–5-й неделе внутриутробного развития. Развитие данных аномалий возможно в случае несоответствия скорости и направления роста трахеи и пищевода, а также в процессе реализации механизма вакуолизации (который пищевод проходит, как и все другие отделы пищеварительной трубки, за 20–40 дней). При этом для течения беременности характерны многоводие и угроза выкидыша в I триместре.

В 1973 г. в англоязычной литературе сочетанную врождённую патологию, ассоциированную с атрезией и свищами пищевода, стали обозначать следующим образом: а) «ассоциация VATER» (vertebral defects, anal atresia, tracheo-esophageal fistula, esophageal atresia, radial dysplasy) – врождённые аномалии позвоночника, атрезия ануса, трахеоэзофагеальный свищ, атрезия пищевода,

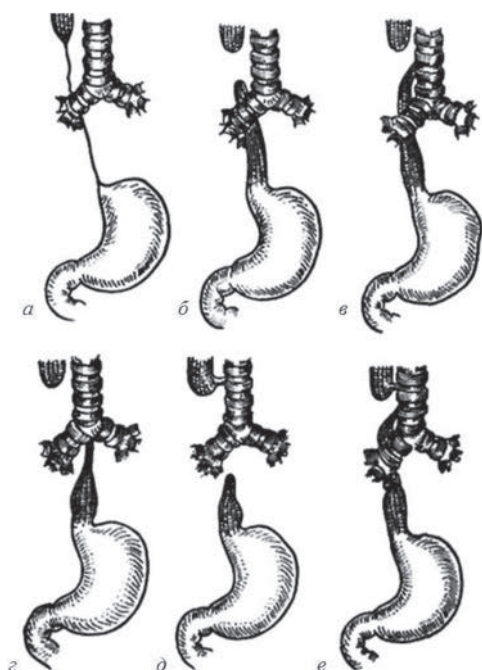


Рис. 1.1. Варианты врождённых свищей пищевода по А. А. Шалимову и В. Ф. Саенко (1987): а – врождённая стриктура-атрезия; б – атрезия без свища; в – атрезия со свищем дистального сегмента; г – атрезия со свищем дистального сегмента в зоне бифуркации; д – атрезия со свищем проксимального сегмента; е – атрезия со свищем обоих сегментов

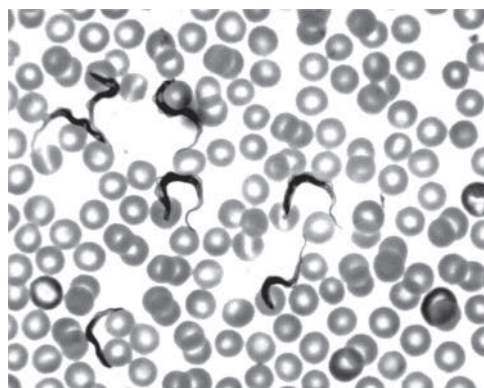


Рис. 1.2. Трипаномы в мазке крови пациента с болезнью Шагаса

Приведено по: Р. Эмонд с соавт. (1998)

пороки развития почек или лучевой кости (полная комбинация отмечается у 1,5 % детей от всех новорожденных с атрезией пищевода, три компонента ассоциации – у 17,5 %); б) «ассоциация VACTER», в которую кроме перечисленных выше включены пороки сердца (cardiac malformation); в) «ассоциация VACTERL», включающая пороки конечностей (limb anomalies).

Изолированный врождённый трахеопищеводный свищ встречается с частотой 3–4 % от всех аномалий пищевода. При этом наиболее типично расположение соустья на уровне  $C_{VII}$ – $Th_I$ . Редко встречаются множественные трахеопищеводные или бронхопищеводные свищи.

По *эпонимическому* принципу среди врождённой патологии и отдельных патологических синдромов пищевода выделяют следующие.

**Болезнь Шагаса** (синоним – **американский трипаносомоз**). Трипаносомоз, вызываемый *Trypanosoma cruzi*, эндемичный для Центральной Америки (рис. 1.2). Источники возбудителя – броненосцы и другие дикие животные, в населенных пунктах – домашние животные и грызуны, а также инфицированный человек. Переносчиком её служат летающие клопы рода *Triatoma*. Паразит проникает в организм человека вслед за кровососанием инфицированным клопом в результате попадания трипаносом с фекалиями переносчика в ранку от укуса или на слизистую оболочку глаза. Нередки заражения при гемотрансфузиях. Инкубационный период длится 7–14 дней. В месте внедрения возбудителя образуется первичный аффект в виде плотного тёмно-красного инфильтрата, со-

провожаемый лимфангитом и местным лимфаденитом. На 5–6-й неделе болезни, когда процесс генерализуется, решающее значение приобретает поражение ганглиозных клеток вегетативной нервной системы нейротоксинами.

Различают острую и хроническую стадии болезни. В острой стадии (в основном у детей) развивается лихорадка, поражаются сердце (тахикардия, аритмия), центральная нервная система, желудочно-кишечный тракт и органы дыхания. Внезапная смерть чаще всего является следствием миокардита. В хронической стадии болезни отмечают недостаточность щитовидной железы, сердечную недостаточность, неврологические расстройства и расширение полых органов (пищевода, кишечника, мочеточников и др.) с нарушением их функции. Нередко американский трипаносомоз протекает бессимптомно.

Диагноз устанавливают на основании клинической картины, данных эпидемиологического анамнеза, результатов лабораторных исследований. В острой стадии болезнь диагностируют после обнаружения трипаносом в первичных очагах поражения, а затем в периферической крови, цереброспинальной жидкости, пунктате лимфатических узлов. Применяют также серологические реакции. В хронической стадии паразиты у пациента не обнаруживаются, и диагноз подтверждают методом ксенодиагностики (кормление на пациенте триатомовых клопов и исследование их через 5–15 дней на наличие трипаносом).

Описана бразильским врачом С. Chagas (1879–1934).

**Синдром Ахенбаха–Линча–Двайта.** Атипично протекающее гранулематозно-язвенное поражение пищевода (идеопатический язвенный эзофагит).

Впервые описан в 1966 г. врачами W. Achenbach и H. Lynch.

**Синдром (болезнь) Бехчета** (синоним – **большой афтоз Турена**). Хроническое септико-аллергическое (вероятно, вирусное) заболевание, сопровождаемое ишемическими афтозными изменениями слизистой оболочки рта (рис. 1.3),

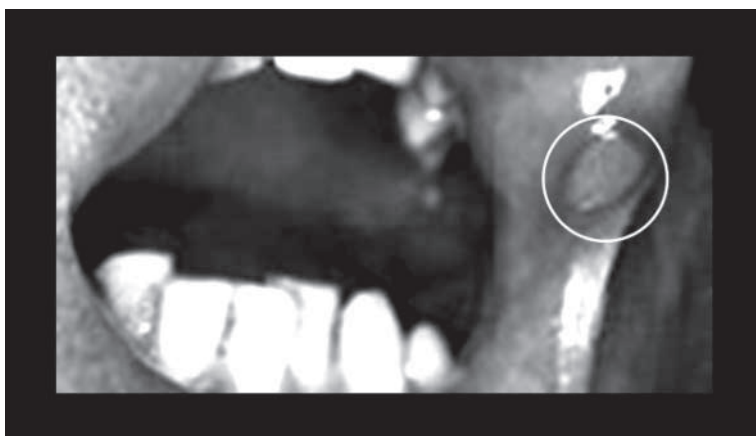


Рис. 1.3. Афтозные изменения слизистой полости рта при болезни Бехчета (аналогичные изменения отмечаются и в пищеводе)

Приведено по: [http://www.merck.com/media/mmhe2/thumbnails/tn\\_05051cp.jpg](http://www.merck.com/media/mmhe2/thumbnails/tn_05051cp.jpg)

пищевода, желудка и кишечника, глаз и половых органов (кожнослизистовувельная триада). Чаще наблюдается у мужчин.

Описан турецким врачом Н. Vehcet (1889–1948).

**Синдром Вейерса.** Врождённая атрезия пищевого канала на различном уровне с облитерацией крупных сосудов полых органов (в том числе и пищевода). Клинически при атрезии пищевода у новорождённых отмечается слюнотечение изо рта и носа, развивается желтуха, увеличивается печень. Возможны пороки развития конечностей, почек, сердца.

Описан в 1968 г. немецким педиатром Н. Weyers.

**Синдром (триада) Карвера.** Гастродуоденальная язва в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и эзофагитом.

Описан врачом Е. D. Carver.

**Синдром Кебнера.** Наследственный тяжёлый дистрофический пузырьчатый дерматоз (рис. 1.4), иногда со спонтанным появлением пузырьков на слизистой оболочке пищевода (буллёзный эзофагит).

Описан немецким дерматологом Н. Köbner (1838–1904).

**Синдром Кея.** Сочетание аксиальной грыжи, гастрита и язвы кардиального сегмента желудка при транسخиатальном пролапсе.

Описан шведским хирургом Е. Key.

**Синдром Лиана–Сигье–Вельти.** Аксиальная диафрагмальная грыжа, осложнённая рефлюкс-эзофагитом, сочетающаяся с флеботромбозами и тромбофлебитами нижних конечностей и гипохромной анемией.

Описан французскими врачами С. С. Lian (1882–1969), F. Siguiet (1909–1969) и Н. L. Welti (1895–1970).

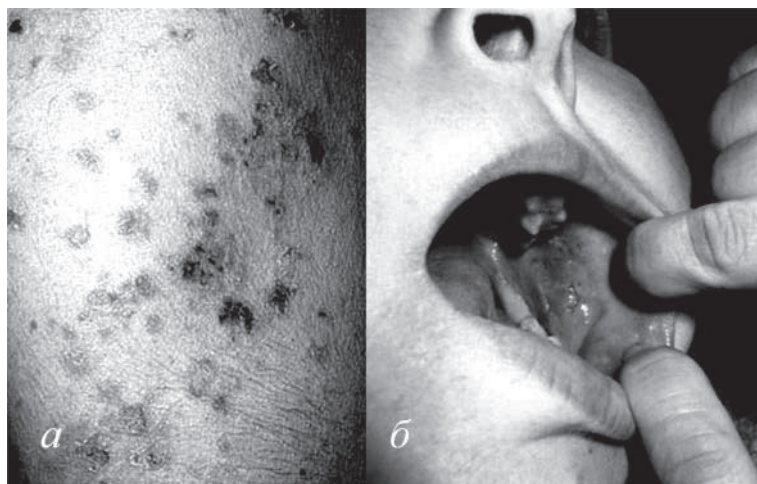


Рис. 1.4. Пузырьковые образования на коже (а) и слизистой полости рта (б) при синдроме Кебнера

Приведено по: <http://www.diagnos.ru/diseases/cutis/puzirchatka>,  
[http://www.dermatlas.ru/image.php?dermatlas\\_libid=25](http://www.dermatlas.ru/image.php?dermatlas_libid=25)



**Синдром (триада) Лорта–Якоба.** Сочетание дивертикула пищевода, диафрагмальной грыжи и желчнокаменной болезни.

Описан врачом E. Lortat-Jacob.

**Синдром Мондьере.** Пищеводно-трахеальный свищ.

**Синдром Монкриффа.** Триада наследственных аномалий – грыжи пищевода, отверстия диафрагмы, задержки умственного и физического развития и алиментарной дисахаридурии (сахарозурия, лактозурия, фруктозурия). Иногда сочетается с аномалиями развития головного мозга.

Описан английским педиатром A. Moncrieff.

**Синдром Немиро–Балыня.** Сочетание хиатальной грыжи и парастеральной (абдоиномедиастинальной) липомы.

**Синдром Никола–Муто–Шарле.** Наследственный буллёзный эпидермолиз с развитием пузырей в верхних отделах пищеварительного тракта или дыхательных путей. Приводит к развитию сужения пищевода или трахеи.

Впервые описан в 1911 г. французским дерматологом J. G. M. Nicolas.

**Синдром Опица–Фриаса** (синонимы – **синдром гипоспадии-дисфагии, G-синдром**). Заболевание, сопровождающееся постоянным поперхиванием при еде с забросом пищи в дыхательные пути. Причиной является анатомический дефект – щель между пищеводом и гортанью или гипоплазия пищевода и надгортанника. В отдельных наблюдениях имеют место только функциональные нарушения без морфологических изменений. Отмечаются также гипертелоризм, уплощённая переносица, длинные и узкие глазные щели, эпикант, аномальный разрез глаз (монголоидный или антимонголоидный), вывернутые вперёд ноздри, косоглазие. Нёбо высокое, иногда сочетается с расщелиной губы и нёба. Голос у пациента всегда грубый, сиплый. Из других пороков встречаются атрезия ануса, гипоспадия различной формы (венечная, мошоночная, промежностная), гипоплазия главных бронхов, нарушение лобуляции лёгких, сужение двенадцатиперстной кишки, срединная позиция сердца, открытые овальное окно и артериальный проток, удвоение почечной лоханки и уретры, агенезия желчного пузыря.

Впервые описан в 1969 г. врачом J. Opitz.

**Синдром Паутова.** Клинические проявления острого геморрагического эзофагита (вероятно, вирусной природы) – рвота с примесью крови после еды (рис. 1.5) и лихорадка.

Описан оториноларингологом Н. А. Паутовым.

**Синдром Петжа–Клежа.** Расстройства глотания и дыхания, возникающие на фоне редкой формы дерматомиозита, приводящего к склерозу кожи и мышц шеи.

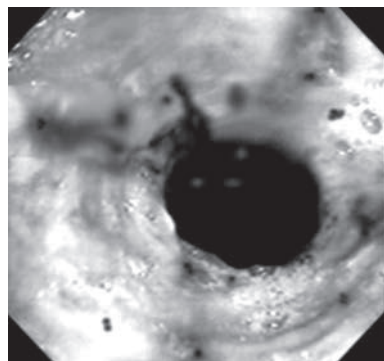


Рис. 1.5. Множественные кровотокающие острые эрозии нижней трети пищевода, клинически проявляющиеся синдромом Паутова

Наблюдение авторов

Описан в 1919 г. французскими дерматологами G. M. G. A. Petges (1872–1952) и С. Clejat.

**Синдром Ровиральты.** Врожденная аномалия диафрагмы и желудка, проявляющаяся наличием диафрагмальной грыжи, рефлюкс-гастрита и гипертрофического пилоростеноза. Клиническая симптоматика: вскоре после рождения наблюдаются сильная рвота с примесью крови, нарушения глотания, срыгивание. Диагноз подтверждается рентгенологически: выявляются диафрагмальная грыжа, гипертрофический стеноз привратника (рис. 1.6).

Описан французским врачом L. Barraquer-Roviralta (1855–1928).

**Синдром Сейнта** (синоним – **триада Сейнта**). Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, хронический калькулёзный холецистит, дивертикулёз толстой кишки.

Описан южноафриканским патологоанатомом Ch. F. M. Saint.

**Синдром (болезнь) Сьегрена** (синоним – **синдром** или **болезнь Шегрена I**). Хронический эзофагит в сочетании с хронической системной инфекцией, железодефицитной анемией, ахлоргидрией, авитаминозом (особенно витамина А), эндокринными нарушениями. Отмечается недостаточность экскреторных желез.

Описан в 1939 г. шведским врачом Н. S. С. Sjogren.

**Синдром Турена** (синонимы – **синдром Турена–Соланта–Голе, пахидермопериостоз**). Афтозные поражения слизистой оболочки (в том числе эзофагит), изъязвленные высыпания на половых органах и кожные проявления. Ряд авторов ассоциируют этот синдром с синдромом Стивенса–Джонсона или с синдромом Бехчета.

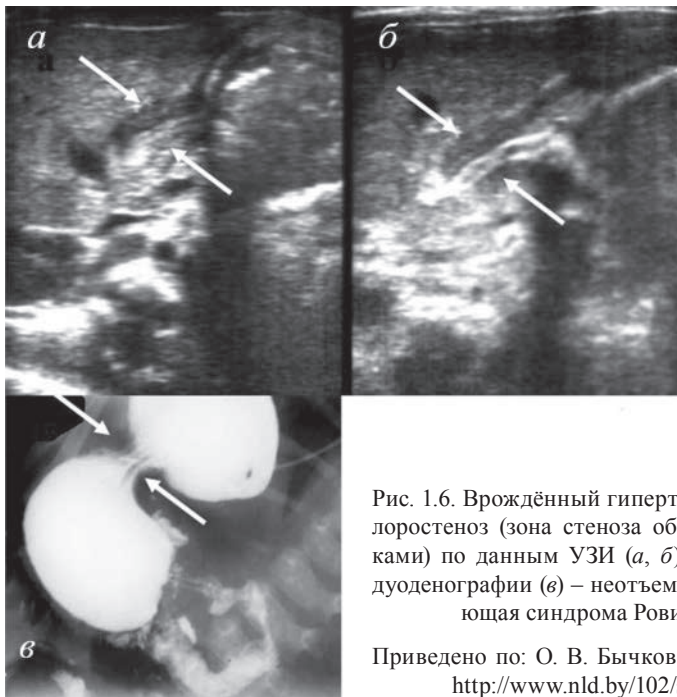


Рис. 1.6. Врожденный гипертрофический пилоростеноз (зона стеноза обозначена стрелками) по данным УЗИ (а, б) и контрастной дуоденографии (в) – неотъемлемая составляющая синдрома Ровиральты

Приведено по: О. В. Бычков с соавт. (2002), <http://www.nld.by/102/stat3.htm>

Описан французскими дерматологами А. Touraine (1883–1961), G. Solente (1890–1966) и L. Gole (1903–1972).

**Синдром Тюрпена.** Комбинация пороков пищевода (мегаэзофагус (рис. 1.7), пищеводно-трахеальная фистула и др.) с пороками развития трахеи, бронхов, грудного отдела позвоночника, рёбер и других органов грудной полости (эмбриопатия).

Описан в 1936 г. французским педиатром и генетиком R. A. Turpin.

**Синдром Уткина–Апиниса.** Сочетание хиатальной грыжи и ограниченной переднемедиастинальной релаксации диафрагмы.

Описан в 1972 г. врачами В. В. Уткиным и В. И. Апинисом.

**Синдром Фарбера.** Врождённый диссеминированный злокачественный липогранулематоз у грудных детей. Проявляется врождённой хрипотой, рвотой, затруднением глотания, одышкой, множественными периартикулярными припухлостями, склонностью к контрактурам суставов, множественными подкожными гранулёмами, гепатомегалией, множественными очагами деструкции костей. Заболевание медленно прогрессирует и заканчивается смертью.

Этиопатогенез не известен.

Впервые описан в 1948 г. американским педиатром S. Farber.

**Синдром Цинссера–Коула–Энгмана.** Дисфагия вследствие врожденной дистрофии слизистой оболочки пищевода (лейкоплакии) и кожи (гиперкератоза), сочетающихся с анемией и гипогенитализмом (нанизмом). Является паранеопластическим синдромом.

Описан врачами F. Zinsser, N. Cole и M. Engman.

**Эзофагит Кушинга.** Острый эзофагит, иногда развивающийся при поражении центральной нервной системы, например после черепно-мозговой

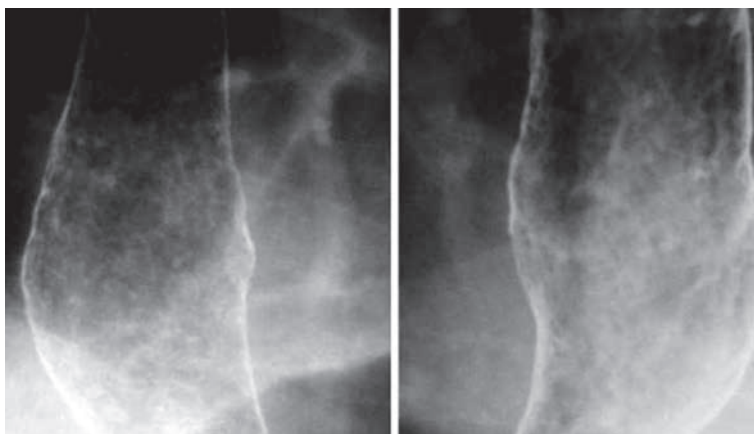


Рис. 1.7. Врождённый мезоззофагус (одно из проявлений синдрома Тюрпена) при рентгенологическом исследовании

Приведено по: <http://endoscopyrkb.narod.ru/index.htm>





Рис. 1.8. Язва Кушинга (острая язва нижней трети пищевода после операции на головном мозге)

Наблюдение авторов

травмы. Нередко сопровождается изъязвлением слизистой оболочки пищевода с признаками гастродуоденального кровотечения.

Описан американским нейрохирургом Н. W. Cushing (1869–1939).

**Язва Кушинга.** В нижнем отделе пищевода наблюдается одна (реже две) язвы, склонные к быстрому прободению, приводящему к смертельному исходу. Может возникнуть при остром энцефалите, полиомиелите, опухоли мозга, после операции на головном мозге (рис. 1.8).

Описана американским нейрохирургом Н. W. Cushing (1869–1939).

## 1.2. Отдельные признаки и патологические синдромы, характерные для осложнений грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Впервые грыжа пищеводного отверстия диафрагмы была обнаружена во время аутопсии у ребёнка и описана в 1836 г. врачом R. Bright.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выявляются у 2–16 % пациентов, страдающих расстройствами со стороны пищеварительного тракта и у 5–15 % пациентов, подвергающихся рентгенологическому обследованию ЖКТ. В пожилом возрасте эта патология диагностируется гораздо чаще (почти у половины пациентов). Чаще страдают лица женского пола старше 50 лет. В соответствии с классификацией Б. В. Петровского и Н. Н. Каншина (1966) все грыжи пищеводного отверстия диафрагмы делятся на две группы: 1) аксиальные (скользящие, эзофагеальные) и 2) параэзофагеальные. Иногда выделяют синдром «короткого пищевода», который как самостоятельное заболевание встречается крайне редко (чаще он регистрируется как осложнение скользящей грыжи и является следствием выраженного спазма, воспалительных изменений и рубцевания стенки пищевода).

Все симптомы при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы условно можно разделить на три группы: а) симптомы нарушения проходимости пищевода (дисфагии); б) симптомы халазии кардии (недостаточности пищеводно-желудочного перехода, признаки рефлюкс-эзофагита); в) симптомы осложнений грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Отметим, что эти группы симптомов могут иметь место для каждой формы грыжи на определённой стадии заболевания.

При **скользящей (эзофагеальной) грыже** (*sliding hiatal hernia*) (рис. 1.9) наиболее частыми проявлениями болезни являются признаки недостаточности кардии: регургитация, изжога, боль (локализована в нижней трети гру-

дины, в зоне мечевидного отростка и эпигастрии, отдает в спину, левые плечо и руку). Иногда (особенно у пожилых людей) болевой синдром следует дифференцировать со стенокардией и даже с инфарктом миокарда. Обычно боль провоцируется поднятием тяжести, наклоном вперед (симптом «завязывания шнурков») и другими видами физической работы, способствующей повышению внутрибрюшного давления. Часто боли усиливаются после еды, в горизонтальном положении или во время сна.

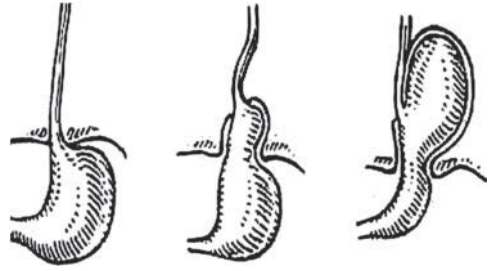


Рис. 1.9. Разновидности скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Приведено по: Ю. М. Панцырев (1988)

Причины болевого синдрома: а) эзофагоспазм; б) действие пептического фактора (рефлюкс-эзофагит); в) резкое растяжение стенки пищевода; г) натяжение правого блуждающего нерва и его чревной ветви. Дисфагия при скользящей грыже в начале заболевания обусловлена спазмом нижнего сегмента пищевода, а позднее – образованием пептических стриктур пищевода. В результате длительной регургитации агрессивного кислого желудочного содержимого наблюдается стойкий рефлюкс-эзофагит, формируются эрозии и язвы пищевода. Это способствует возникновению пищеводных кровотечений и анемии. В ряде случаев регургитация приводит к аспирации и возникновению легочных осложнений – пневмоний, бронхоэктатической болезни, лёгочных кровотечений, лёгочного фиброза.

Диагностика основывается на рентгенологическом контрастном исследовании с использованием **положения Тренделенбурга** (с приподнятым тазовым концом), фиброэзофагоскопии и эзофагоманометрии.

**Параэзофагеальная грыжа** (*paraesophageal hernia*) пищеводного отверстия диафрагмы составляет около 15 % от всех случаев грыж этой локализации. При этом пищеводно-желудочный переход располагается под диафрагмой, пищеводно-диафрагмальная связка хорошо выражена и не растянута. Дно желудка и большая кривизна его смещаются в грудную полость через расширенное отверстие пищевода (рис. 1.10). Содержимое параэзофагеальной грыжи со всех сторон покрыто брюшиной (имеет грыжевой мешок). Кроме желудка содержимым грыжи могут быть тонкая и толстая кишка, большой сальник, селезёнка.

Грыжа может протекать бессимптомно или проявляться признаками нарушения пассажа по органу – содержимому грыжевого мешка (вздутие живота, периодические боли, тошнота, рвота, нарушение отхождения стула и газов) вплоть до ущемления органа (острое сдавление грыжевого содержимого с нарушением его кровообращения и иннервации). Диагностике помогают рентгенологическое исследование с использованием контраста, эзофагога-

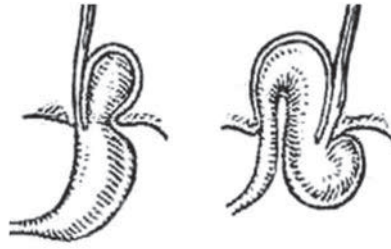


Рис. 1.10. Параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (рентгенограмма и схематическое изображение)

Приведено по: Ю. М. Панцырев (1988), <http://medendo.narod.ru/ulcer.html>

строскопии. Осложнениями всех вариантов грыж пищеводного отверстия диафрагмы могут быть: пептическая язва пищевода, язва грыжевой части желудка, пищевод Баррета, панмуральный эзофагит, пептические стриктуры пищевода, синдром Шацки-Гэйри.

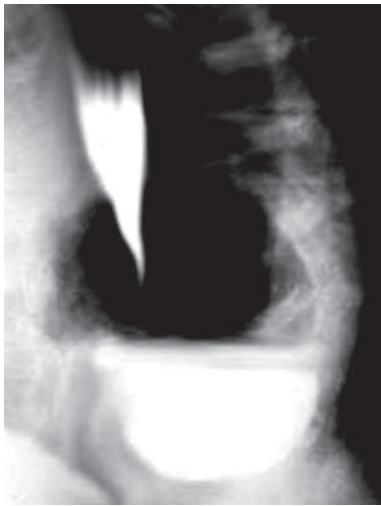


Рис. 1.11. Рентгенологическая составляющая синдрома Маршана – гигантский уровень (псевдоабсцесс) в средостении с газовым пузырьком, задержка контраста в грыжевом мешке, престенотическая дилатация пищевода

Наблюдение авторов

По *эпонимическому* принципу на грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и их осложнения указывают следующие синдромы.

**Синдром Борри.** Триада симптомов ущемлённой параэзофагеальной грыжи – одышка, усиление перкуторного звука над одной половиной грудной клетки, непроходимость контраста или зонда по пищеводу.

Описан врачом J. Borrie.

**Синдром Маршана** (синоним – **триада Маршана**). Клинико-рентгенологическая триада при ущемлённой грыже пищеводного отверстия диафрагмы включает в себя задержку контраста в грыжевом мешке, признаки острой непроходимости (рвота, дилатация пищевода), псевдоабсцесс средостения (горизонтальный уровень в заднем средостении) (рис. 1.11).

Описан немецким врачом F. J. Marchand (1846–1928).

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Предисловие [Docento discimus] (Ю. М. Гаин)</b> .....	5
<b>Раздел первый</b>	
<b>Хирургические заболевания органов пищеварения и брюшной полости</b>	
<i>Глава 1. Хирургические заболевания пищевода (Ю. М. Гаин, Ю. Е. Демидчик, С. В. Шахрай)</i> .....	10
1.1. Врождённые аномалии, отдельные патологические синдромы (заболевания) пищевода .....	11
1.2. Отдельные признаки и патологические синдромы, характерные для осложнённых грыжи пищеводного отверстия диафрагмы .....	18
1.3. Проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни .....	21
1.4. Проявления травм, ожогов и инородных тел пищевода .....	27
1.5. Признаки дивертикулов пищевода .....	32
1.6. Проявления нейромышечных заболеваний пищевода .....	34
1.7. Дифференциально-диагностические признаки хирургической патологии пищевода .....	40
1.8. Признаки поражения пищевода при некоторых заболеваниях .....	41
<i>Глава 2. Хирургические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (Ю. М. Гаин, Н. В. Завада, С. В. Шахрай)</i> .....	50
2.1. Признаки неосложнённой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки .....	51
2.2. Признаки прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (признаки гастродуоденальных перфораций) .....	60
2.2.1. Симптомы пневмоперитонеума при прободной гастродуоденальной язве .....	61
2.2.2. Симптомы прободной гастродуоденальной язвы, обусловленные поступлением содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в брюшную полость и развитием перитонита .....	63
2.2.3. Симптомы прободной гастродуоденальной язвы рефлекторного характера ... ..	64
2.2.4. Симптомы прободной гастродуоденальной язвы при атипичных или закрытых (шницлеровских) перфорациях .....	65
2.3. Признаки желудочно-кишечного кровотечения .....	66
2.4. Проявления пилородуоденального стеноза .....	79
2.5. Другие заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки и их проявления ... ..	84
2.6. Постгастррезекционные и постваготомные синдромы .....	87

<i>Глава 3. Хирургические заболевания тонкой и толстой кишки (Ю. М. Гаин, В. Т. Кохнюк, С. В. Шахрай, В. Л. Денисенко)</i> .....	89
3.1. Проявления кишечной непроходимости.....	93
3.1.1. Симптомы «приводящей кишечной петли», или признаки острой окклюзии кишки.....	99
3.1.2. Симптомы редких форм непроходимости кишечника.....	103
3.1.3. Рефлекторные симптомы и вторичные признаки непроходимости кишечника.....	110
3.1.4. Дополнительные симптомы затруднённого пассажа кишечного содержимого (симптомы – предвестники кишечной непроходимости).....	111
3.2. Проявления спаечной болезни брюшной полости.....	112
3.3. Проявления другой патологии тонкой и толстой кишки, дифференциальная диагностика заболеваний.....	115
3.3.1. Воспалительные и дегенеративно-дистрофические заболевания тонкой и толстой кишки, синдромы мальабсорбции, их клинические проявления.....	116
3.3.2. Диспластические и предопухолевые заболевания кишечника.....	129
3.3.3. Дивертикулы кишечника, позиционные патологические синдромы и их проявления.....	135
3.3.4. Сосудистые поражения тонкой и толстой кишки.....	137
3.3.5. Проявления со стороны кишечника при других заболеваниях человека....	138
3.3.6. Диагностика и дифференциальная диагностика заболеваний тонкой и толстой кишки.....	138
<i>Глава 4. Аппендицит (Ю. М. Гаин, С. В. Шахрай, В. Г. Богдан, М. Ю. Гаин)</i> .....	140
4.1. Острый аппендицит.....	140
4.1.1. Симптомы острого аппендицита, обусловленные развитием воспаления в брюшной полости.....	145
4.1.2. Симптомы острого аппендицита рефлекторного и вторичного характера....	155
4.1.3. Симптомы острого аппендицита, связанные с атипичным расположением червеобразного отростка и необычным течением заболевания.....	159
4.1.4. Симптомы альтернативных заболеваний, с которыми проводится дифференциальная диагностика.....	164
4.2. Хронический аппендицит.....	169
<i>Глава 5. Хирургические заболевания печени и билиарной системы (Ю. М. Гаин, Ю. Е. Демидчик, С. В. Шахрай, М. Ю. Гаин)</i> .....	172
5.1. Отдельные заболевания печени и билиарной системы, их проявления.....	174
5.2. Функциональные пробы и проявления заболеваний печени и билиарной системы..	195
5.3. Желчнокаменная болезнь: острый и хронический холецистит, осложнения.....	196
5.3.1. Симптомы холецистита, связанные с патологическими изменениями в желчном пузыре, билиарной системе и окружающих тканях.....	200
5.3.2. Симптомы заболеваний гепатобилиарной системы рефлекторного и вторичного характера.....	203
5.4. Проявления желтухи.....	206
5.4.1. Заболевания (синдромы), сопровождающие механическую (обтурационную, подпечёночную) желтуху, и их проявления.....	206
5.4.2. Заболевания (синдромы), сопровождающие паренхиматозную (внутрипечёночную) желтуху, и их проявления.....	209
5.4.3. Заболевания (синдромы), сопровождающие гемолитическую (внепечёночную) желтуху, и их проявления.....	218

5.5. Проявления портальной гипертензии .....	222
5.6. Диагностика и дифференциальная диагностика заболеваний печени и билиарной системы .....	232
<b>Глава 6. Хирургические заболевания поджелудочной железы (Ю. М. Гаин, С. А. Алексеев, В. Г. Богдан, С. В. Шахрай) .....</b>	<b>236</b>
6.1. Врождённые аномалии, отдельные патологические синдромы (заболевания) поджелудочной железы и их проявления .....	239
6.2. Проявления острого панкреатита .....	243
6.2.1. Признаки, связанные с патологическими изменениями в поджелудочной железе, вторичными изменениями в билиарной системе и окружающих тканях .....	255
6.2.2. Признаки, обусловленные активацией ферментов, протеолизом, влиянием избыточных концентраций ферментов поджелудочной железы на органы и системы человека .....	258
6.2.3. Признаки рефлекторного характера и вторичные проявления .....	259
6.3. Проявления хронического панкреатита .....	261
6.4. Диагностические и дифференциально-диагностические признаки патологии поджелудочной железы .....	277
<b>Глава 7. Перитонит (Ю. М. Гаин, С. В. Шахрай, В. Г. Богдан) .....</b>	<b>292</b>
7.1. Специфические перитониты и их проявления .....	311
7.2. Признаки распространённого перитонита .....	314
7.2.1. Симптомы «раздражения брюшины» (перитонеальные симптомы) .....	314
7.2.2. Симптомы «источника» перитонита .....	316
7.2.3. Симптомы рефлекторного характера, вторичные проявления заболевания, изменения со стороны смежных органов .....	316
7.2.4. Симптомы, позволяющие провести дифференциальную диагностику перитонита от «ложного живота», и синдромы, нуждающиеся в дифференциальной диагностике от перитонита .....	318
7.3. Признаки ограниченного перитонита .....	320
7.4. Другие диагностические признаки перитонита и оценка тяжести заболевания ..	323
<b>Глава 8. Острые гинекологические заболевания (Ю. М. Гаин, С. Е. Шелкович, В. Г. Богдан) .....</b>	<b>340</b>
8.1. Специфические симптомы острой генитальной патологии .....	341
8.2. Симптомы кровотечения в брюшную полость вследствие разрыва маточной трубы или яичника .....	346
8.3. Проявления послеродовых осложнений и осложнений генитальной патологии со стороны других органов и систем женщины .....	350
8.4. Дифференциально-диагностические признаки отличия острой генитальной патологии от других заболеваний органов брюшной полости .....	352
<b>Глава 9. Грыжи живота (Ю. М. Гаин, В. Г. Богдан, С. В. Шахрай, М. Ю. Гаин) .....</b>	<b>354</b>
9.1. Эпонимические разновидности грыж .....	358
9.2. Признаки неосложнённой грыжи живота .....	362
9.3. Признаки осложнений грыж живота .....	364
9.4. Дифференциальная диагностика грыж .....	366

**Раздел второй**  
**Хирургические заболевания органов грудной клетки**

<i>Глава 10. Хирургические заболевания диафрагмы (Ю. М. Гаин, Ю. Е. Демидчик, С. В. Шахрай, В. Г. Богдан)</i> .....	368
10.1. Врождённые аномалии и отдельные нозологические единицы приобретённой патологии.....	369
10.2. Проявления диафрагмальных грыж и их осложнений.....	371
10.3. Проявления других заболеваний диафрагмы и их осложнений.....	373
10.4. Рентгенологические признаки заболеваний диафрагмы.....	374
10.5. Нейромышечные заболевания диафрагмы и их проявления.....	374
10.6. Воспалительные заболевания диафрагмы.....	375
<i>Глава 11. Хирургические заболевания сердца (Ю. М. Гаин, Ю. Е. Демидчик, С. А. Алексеев)</i> .....	376
11.1. Пороки и отдельные патологические синдромы (заболевания) сердца.....	378
11.2. Проявления пороков сердца.....	402
11.3. Симптомы и синдромы инфекционных поражений и воспалительных заболеваний сердца.....	410
11.4. Проявления сердечной недостаточности, функциональные пробы и диагностические критерии заболеваний сердца.....	422
11.5. Проявления ишемической болезни сердца.....	428
11.6. Признаки нарушения внутрисердечной электропроводимости и ритма.....	432
<i>Глава 12. Хирургические заболевания лёгких, плевры и средостения (Ю. М. Гаин, Ю. Е. Демидчик, В. Г. Богдан, Е. Ю. Демидчик)</i> .....	443
12.1. Патологические синдромы (заболевания) лёгких, плевры и средостения.....	445
12.2. Признаки очаговых и диффузных образований в лёгких, плевре и средостении.....	456
12.2.1. Специфические признаки заболеваний лёгких, плевры и средостения.....	456
12.2.2. Проявления со стороны окружающих тканей и других органов.....	463
12.2.3. Признаки изменения дыхательной функции и лабораторные сдвиги вследствие поражения лёгких и плевры.....	468
12.2.4. Дифференциально-диагностические признаки.....	470
<b>Литература</b> .....	472
<b>Оглавление</b> .....	476

Производственно-практическое издание

**Гаин Юрий Михайлович,  
Демидчик Юрий Евгеньевич,  
Шахрай Сергей Владимирович и др.**

**ХИРУГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ  
Симптомы и синдромы**

**В 2 томах**

**Том 1**

Редактор *В. Г. Колосовская*

Художественный редактор *И. Т. Мохнач*

Технический редактор *О. А. Толстая*

Компьютерная верстка *Л. И. Кудерко*

Подписано в печать 20.08.2013. Формат 70×100<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная. Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 39,0. Уч.-изд. л. 32,1. Тираж 200 экз. Заказ 158.

Издатель и полиграфическое исполнение:

Республиканское унитарное предприятие «Издательский дом «Беларуская навука».  
ЛИ № 02330/0494405 от 27.03.2009. Ул. Ф. Скорины, 40, 220141, г. Минск.