

Задача хирургического лечения: восстановление запирающего механизма кардии, устранение пептического фактора.

В настоящее время наиболее распространена методика R. Nissen (1955), выполняемая из абдоминального доступа в сочетании с ваготомией при повышенной кислотности желудка. Все большее распространение получает эндовидеоскопический вариант методики Nissen.

### **Глава 3. ПОВРЕЖДЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

#### **3.1. Открытые и закрытые повреждения живота**

Повреждения живота, как закрытые, так и открытые, требуют самого ответственного отношения семейного врача, так как таят опасность повреждения внутренних органов (разрывов при закрытых повреждениях, а также ранений при открытых). Исключить эти опасные повреждения клинически иногда чрезвычайно трудно и возможно при динамическом наблюдении и применении специальных методов исследования, применяемых в стационарах при оказании скорой хирургической помощи (УЗИ, КТ, лапароскопия). В амбулаторных условиях такие действия совершать невозможно, а потеря времени может стоить больному жизни. Поэтому при повреждениях брюшной стенки, за исключением явно поверхностных (кожных) ранений и несильных ушибов, пострадавшие должны срочно госпитализироваться в хирургическое отделение, где и будет при необходимости проводиться наблюдение в условиях готовности к срочной операции.

Абсолютными признаками проникающих ранений являются: эвентрация и наблюдение содержимого брюшной полости (кишечника) через рану брюшной стенки, истечение мочи, желчи и кишечного содержимого через рану. Проникающий характер ранения можно установить при выполнении первичной хирургической обработки после поднятия острыми крючками краев раны.

Перед отправлением в хирургическое отделение больного с открытым повреждением следует осмотреть рану, механически очистить окружающую кожу от видимой грязи, смазать ее настойкой йода и наложить асептическую повязку.

В редких случаях выпадения в рану кишечных петель нужно окутать их большими стерильными салфетками (полотенцами) с раствором фурациллина или другого антисептика с тем, чтобы не дать кишечным петлям уйти в брюшную полость. При выпадении сальника следует на верхушку его наложить зажим или прошить толстой лигатурой, которую фиксировать к каждому краю, чтобы он не ускользнул в брюшную полость, и только после этого наложить асептическую повязку.

#### **3.2. Острый живот**

Под этим названием понимается клинико-морфологический синдром, объединяющий несколько десятков различных заболеваний, возникающих вне-