

ЯЗВА ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА, ОСЛОЖНЕННАЯ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Шифр МКБ 10 К 25, К 26, К 28

Определение — ургентное осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, заключающееся в разрушении стенок указанных органов язвенным процессом и возникновении сообщения их просвета с брюшной полостью или забрюшинным пространством.

ОСНОВНЫЕ ВАРИАНТЫ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

1. По этиологии: язвенная болезнь, острая гормональная язва, острая стрессовая язва, пептическая язва гастроэнтероанастомоза.

2. По локализации перфорации: желудок, пилородуоденальная зона, двенадцатиперстная кишка, сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

3. По наличию сочетания перфорации язвенного процесса с кровотечением, стенозом, пенетрацией, малигнизацией

4. По типу перфорации: в свободную брюшную полость, в сальниковую сумку, в забрюшинное пространство, прикрытая перфорация.

5. Осложнения: перитонит (см. раздел «перитонит»), забрюшинная флегмона (распространенность по квадрантам), сепсис (СВР, сепсис, тяжелый сепсис, шок), полиорганная недостаточность (виды, степень, оценка в баллах).

Оказание помощи на догоспитальном этапе

Все больные желудочнокишечными перфорациями и подозрением на наличие этой патологии подлежат немедленному направлению в лечебное учреждение, имеющее лицензию на оказание первичной, специализированной медицинской помощи по хирургии в круглосуточном режиме.

Направление таких больных в иные стационары может быть оправдано лишь констатацией врачом СМП нетранспортабельности пациента. В данной ситуации информацию о пациенте следует передать для дальнейшего ведения в ближайший хирургический стационар или специализированный

центр по оказанию неотложной хирургической помощи (Региональный центр санитарной авиации, Территориальный центр медицины катастроф, областная больница и т.п.), специалисты которого должны определить объем необходимой интенсивной терапии для стабилизации состояния больного.

При положительной динамике больной будет транспортирован в ближайшее хирургическое отделение (санитарный транспорт класса «С»). При отсутствии эффекта пациента следует оперировать силами выездной хирургической бригады.

О случаях отказа от госпитализации и самовольного ухода из приемного отделения следует информировать поликлинику по месту жительства пациента с назначением активного вызова хирурга на дом.

Обоснованное подозрение на возникновение перфорации является показанием к экстренной госпитализации больного в хирургический стационар, имеющий соответствующую лицензию и аттестованный персонал для оказания неотложной хирургической помощи.

Больные перемещаются и транспортируются в положении лежа.

При тяжелом состоянии во время транспортировки проводится инфузионная терапия.

Основные задачи экстренной диагностики в хирургическом стационаре

Следует дифференцировать симптоматические, острые и хронические язвенные процессы, поскольку эти особенности могут повлиять на объем необходимой хирургической коррекции.

Необходимо стремиться уточнить локализацию язвенного процесса (желудок; пилородуоденальная зона, сочетанные язвы желудка и ДПК).

Следует выявлять все осложнения язвенного процесса. Сочетание кровотечения с перфорацией может сгладить перитонеальную симптоматику. Сочетание перфорации со стенозом — исключает возможность простого ушивания перфоративного

отверстия. Прободение гигантской пенетрирующей язвы существенно меняет прогноз и требования к объему операции.

Весьма существенными факторами, влияющими на выбор хирургической тактики, являются также наличие явлений сепсиса и оценка их тяжести, а также типичная трансформация симптоматики по мере прогрессирования распространенных форм перитонита (см. подробнее в разделе «Перитонит»):

— В ранние сроки преобладают классические проявления раннего перитонита: кинжальная боль, «доскообразное» напряжение мышц брюшной стенки, резкая боль при пальпации и повороте больного и т. д. При этом клиника абдоминального сепсиса, как правило, отсутствует.

— После присоединения абдоминального сепсиса в клинической картине начинают преобладать его проявления и симптоматика перитонеальной интоксикации на фоне стихания болевого синдрома и слабо выраженных симптомов раздражения брюшины.

— Присоединения тяжелого абдоминального сепсиса сопровождаются прогрессирующим ухудшением состояния больного на фоне дальнейшего стихания болевого синдрома, присоединения и прогрессирования органных и системных дисфункций. Из местных абдоминальных клинических проявлений характерны лишь остаточные — пастозность и незначительная болезненность при пальпации передней брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины не характерны и их отсутствие не должно служить основанием для исключения перфорации и перитонита.

— Присоединение септического шока (депрессия гемодинамики) еще более утяжеляет общее состояние больных. При этом абдоминальная симптоматика нередко оказывается нехарактерной (распластаный «лягушачий» живот, пастозность передней брюшной стенки, умеренное вздутие, жидкий стул).

Объем диагностических исследований в приемном покое.

Минимум диагностических исследований, необходимых при исключении (отказ от госпитализации) перфоративной язвы:

Осмотр ответственного дежурного хирурга или заведующего отделением.

Лабораторная диагностика: количество лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови (общий анализ крови), биохимический анализ крови (билирубин, амилаза, мочевины, креатинин), анализ мочи (физико-химические свойства, микроскопия осадка).

Специальные исследования: всем больным — исследование ЧСС (пульса) АД, температуры тела, обзорная рентгенография (скопия) брюшной полости. По показаниям — пальцевое исследование прямой кишки, вагинальное исследование (осмотр гинекологом) женщин.

Минимум диагностических исследований при госпитализации больного

Лабораторная диагностика: количество лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови (общий анализ крови), биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, креатинин), определение группы крови и Rh фактора, кардиолипидная реакция (кровь на RW), длительность кровотечения, свертываемость, ПТИ (протромбин по Квику, МНО), анализ мочи (физико-химические свойства, микроскопия осадка).

Специальные исследования:

— общеклинические: исследование ЧСС (пульса), АД, определение температуры тела, ЭКГ (всем пациентам старше 40 лет, а также при наличии клиники сердечной патологии), рентгенографию легких (по клиническим показаниям)

— верификация язвенного процесса, перфорации и их осложнений: обзорная рентгенография (скопия) и (или) УЗИ брюшной полости, фиброэзофагогастроуденоскопия с последующей повторной обзорной рентгенографией брюшной полости (при невозможности исключить наличие перфорации другими способами), лапароскопия (в неясных случаях), КТ или МРТ (по показаниям).

Больные, поступающие в тяжелом состоянии, должны осматриваться в приемном покое совместно с анестезиологом-реаниматологом.

Следует дифференцировать симптоматические, острые и хронические язвенные процессы, уточнять локализацию перфорации и выявлять все осложнения язвенного процесса. Сочетание кровотечения с перфорацией может сгладить перитонеальную симптоматику. Сочетание перфорации со стенозом исключает возможность простого ушивания. Прободение гигантской пенетрирующей язвы меняет прогноз и объем необходимой операции, выдвигает особые требования к подбору оперирующей бригады.

В ходе диагностического процесса следует также учитывать типичную трансформацию клинических проявлений (перитонеальная симптоматика, общее состояние пациента, органные дисфункции) с течением времени, прошедшего с момента перфорации, и прогрессированием распространенного перитонита в цепи: перитонит, сепсис, тяжелый сепсис, шок (см. раздел «Перитонит»).

Примеры формулировок развернутого диагноза

1. Острая язва ДПК, осложненная прикрытой перфорацией. Подпеченочный абсцесс.

2. Язвенная болезнь. Хроническая язва пилородуоденальной зоны, осложненная субкомпенсированным стенозом, пенетрацией в гепатодуоденальную связку и перфорацией. Разлитой фибринозногнойный перитонит. Тяжелый абдоминальный сепсис. Дыхательная недостаточность. Острая почечная недостаточность.

Лечебные мероприятия

Предоперационная подготовка

Общие мероприятия — выведение желудочного содержимого толстым желудочным зондом (без промывания желудка), выведение мочи катетером и общая гигиеническая обработка.

Антибиотикопрофилактика инфекционных и осложнений (см. приложения).

Предоперационная подготовка показана больным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом или септическим шоком).

При отсутствии шока продолжительность предоперационной подготовки рекомендуется ограничивать 1 — 2 часами. Особенности лечебных мероприятий при наличии явлений септического шока см. в разделе «перитонит».

Консервативная терапия

При категорическом отказе больного (или его родственников для соответствующих категорий пациентов) от оперативного лечения, а также при наличии абсолютных противопоказаний к операции возможно консервативное лечение по (Тейлору): Положение Фовлера.

Постоянная активная аспирация желудочного содержимого. Холод на живот. Антибиотикотерапия (см. приложения). Инфузионнотрансфузионная терапия.

Хирургическая тактика:

Во всех остальных случаях показана неотложная операция.

Стандарты анестезиологического обеспечения операции:

Общее обезболивание. Метод выбора — эндотрахеальный наркоз.

Выбор вида операции зависит от особенностей течения язвенной болезни, локализации язвы, давности перфорации и перитонита, общего состояния больного, квалификации хирургической бригады, материальнотехнического обеспечения оперативного вмешательства и возможностей

адекватного противоязвенного лечения пациента в последующем.

Ушивание (иссечение) язвы.

Основной способ лечения при отсутствии признаков длительного и осложненного течения язвенной болезни (стеноза, пенетрации, кровотечений, малигнизации и риска ее возникновения, грубых рубцовых анатомических изменений в области язвы) с последующим комплексным противоязвенным лечением у терапевта или гастроэнтеролога.

Следует иметь в виду, что простое ушивание длительно существовавшей хронической язвы без надлежащего противоязвенного лечения у значительной части больных ведет к рецидиву заболевания в последующем и необходимости повторного хирургического лечения.

Наилучшие результаты дает ушивание юношеских язв с коротким анамнезом. Зачастую при том не требуется длительное лечение.

Вынужденным показанием к этой операции может служить наличие высокого операционного риска у больных старших возрастных групп (старше 70 лет), наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и распространенных форм перитонита в поздних стадиях.

Ушивание перфоративных язв по «вынужденным» показаниям у данной категории больных сопровождается многократно большей летальностью и частотой абдоминальных осложнений (прежде всего, несостоятельностью швов), а также требует настоящей противоязвенной терапии в раннем послеоперационном периоде и после выписки больного из стационара.

Применение этой операции у больных перфоративной язвой желудка (исключение пилородуоденальная зона) ограничено существенной частотой малигнизации язвенного процесса (необходимо иссекать края перфоративной язвы желудка для гистологического исследования!).

В исключительных ситуациях основанием для ушивания перфоративной язвы при наличии показаний к более радикальным вариантам хирургического лечения может быть отсутствие квалифицированной хирургической бригады и ее материальнотехнического обеспечения.

Ваготомии с вмешательством на язве и дренирующими операциями.

Показания: перфорация длительно существовавшие язвы с локализацией в пилородуоденальной зоне, двенадцатиперстной кишке или в гастроэнтероанастомозе (в том числе сочетающихся с язвами желудка), язвы осложненные

пилородуоденальным стенозом или пенетрацией. Позволяет ликвидировать перфорацию и предотвратить дальнейшее прогрессирование язвенной болезни без длительного противоязвенного лечения больного после выписки из хирургического стационара.

Технически наиболее просты, эффективны и достаточно надежны поддиафрагмальные варианты ваготомии (двухсторонняя стволовая) в сочетании с дренирующей желудок операцией — пилоропластикой по Финнею или гастродуоденостомией по Джабуле.

Более сложные варианты ваготомии и другие вмешательства на пилородуоденальной зоне могут применяться в крупных хирургических центрах и клиниках.

Противопоказаниями к применению этих вмешательств являются хроническая язва желудка и выраженный дуоденостаз.

Больные относительно легко переносят ваготомию с дренирующей операцией. Однако, объем операционной травмы при этих вмешательствах существенно больше, чем при ушивании. Поэтому высокая степень операционного риска (старческий возраст пациентов, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, распространенный перитонит и полиорганный недостаток) остаются противопоказаниями для их применения. Возрастающая доступность современного медикаментозного лечения язвенной болезни с каждым годом сокращает необходимость выполнения ваготомии.

Условиями успешного использования этого вида вмешательств являются соответствующая подготовленность хирургической бригады (умение выполнять различные варианты ваготомии и дренирующих операций) и лечащих врачей хирургического стационара (знание постваготомических расстройств, способов их профилактики, своевременной диагностики и лечения).

Резекции желудка.

Показания при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, язвах пилородуоденальной зоны и сочетаниях язв желудка и двенадцатиперстной кишки очень ограничены, но практически те же, что и для ваготомии: длительный язвенный анамнез в сочетании с грубыми каллезными изменениями самой язвы, язвы желудка, язвы пилородуоденальной зоны, язвенный стеноз ДПК. Множественные язвы желудка и ДПК, повторная перфорация.

При выборе этого варианта хирургической коррекции следует учитывать, что резекция желудка

относится к самым радикальным, но и самым травматичным способам лечения перфоративных язв, требующим соответствующих навыков и достаточного опыта выполнения подобных вмешательств.

Противопоказания: общие (тяжелое состояние пациента, старческий возраст, выраженная сопутствующая патология), распространенные формы перитонита (начиная с фибринозного) в поздних стадиях (с момента присоединения абдоминального сепсиса), наличие системных расстройств (в т.ч. гипопроотеинемия), техническая невыполнимость вмешательства.

Условия применения: подготовленность оперирующей бригады (техническое умение выполнять указанные операции).

Минимально инвазивные технологии в лечении перфоративных язв.

Видеолапароскопическое ушивание прободной язвы + санация брюшной полости.

Рекомендуемый вариант хирургического пособия при наличии соответствующего оборудования, аппаратуры и подготовленной бригады хирургов. Противопоказаниями к видеолапароскопическому ушиванию являются общие противопоказания к напряженному пневмоперитонеуму, крайне тяжелое состояние пациента, выраженные местные воспалительные изменения (большой язвенный инфильтрат, стеноз пилородуоденальной зоны, сочетание перфорации с желудочнокишечным кровотечением, перфорация края гигантской или пенетрирующей язвы). Противопоказаниями к видеолапароскопической санации брюшной полости является распространенный гнойный перитонит, тяжелый абдоминальный сепсис и септический шок, множественные, выраженный спаечный процесс и абсцессы брюшной полости.

Лапароскопически ассистированное ушивание прободной язвы (ушивание язвы из минидоступа + лапароскопическая санация брюшной полости)

Также рекомендуемый вариант хирургического пособия. Он технически проще, быстрее и чаще удается при выраженных местных изменениях. Условиями применения являются также наличие специального оборудования, инструментов и соответствующая подготовка хирургов. Так же как и в предыдущем варианте операция завершается видеолапароскопической санацией брюшной полости (условия применения и противопоказания те же, что и приведенные в предшествующем разделе).

Послеоперационный период: основными стандартами являются: при явлениях разлитого гнойного перитонита — фармакологическая поддержка (стабилизация гемодинамики),

респираторная поддержка, приемы нейровегетативной защиты, инфузионно-трансфузионная терапия (по показаниям и под контролем центральной и периферической гемодинамики, в т.ч. ударного объема, почасового диуреза), активация функции желудочнокишечного тракта, антибактериальная терапия, настойчивая противоязвенная терапия.

Диагностика и лечение возможной хеликобактерной инфекции могут быть осуществлены амбулаторно после выписки пациента или проведены по укороченной схеме параллельно с послеоперационной реабилитацией в хирургическом стационаре.

Сроки пребывания больных в стационаре, амбулаторное лечение, реабилитация

1. Среднее пребывание больных в стационаре 10 — 12 суток, снятие швов на 10 — 12 день.

2. При применении малоинвазивных технологий и отсутствии осложнений длительность госпитализации может сокращаться до 5 — 6 суток. Тем не менее на 7 — 10 сутки рекомендуется назначить контрольный осмотр пациента в хирургическом стационаре (осмотр, контроль общего анализа крови, анализа мочи, рентгеноскопия желудка, снятие швов). По показаниям ФГДС-контроль, рентгеноскопия желудка через 1 месяц после операции.

4. Сроки нетрудоспособности определяются в зависимости от вида лечения, в т.ч. и от объема оперативного вмешательства и колеблются от 45 до 180 дней. При возникновении поздних патологических синдромов возможно изменение профессии или выход на инвалидность.

Рекомендации по аппаратно-инструментальному и материальному обеспечению:

- рентгеновский аппарат
- аппарат для УЗИ
- фиброэзофагогастродуоденоскоп с торцевой оптикой
- электрохирургический блок
- рабочее место анестезиолога: наркозный аппарат, разводка кислорода; приспособления для интубации трахеи, катетеризации вен, мочевого пузыря, желудка; кардиомонитор или пульсоксиметр, дефибриллятор, вакуумаспиратор; дозаторы лекарственных препаратов; приспособление для подогрева растворов
- вакуумаспиратор
- оборудование и инструменты для диагностической лапароскопии
- желудочные зонды
- общехирургический набор инструментов
- «комплект белья хирургического универсальный одноразовый стерильный»
- атравматический шовный материал для наложения желудочных и кишечных швов
- линейные сшивающие аппараты
- хирургический набор «МиниАссистент» (базовая комплектация)

Желательно наличие оборудования и инструментов для:

- эндовидеохирургии
- электрохирургический блок с функцией сплавления коллагеновых структур или аппарат для ультразвуковой коагуляции и диссекции тканей
- операций из минидоступа, комплектация для операций на желудке