

17. ПЕРФОРАЦИЯ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

Перфорация опухоли желудка – угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения целостности пораженной опухолью стенки желудка, которое сопровождается истечением его содержимого в свободную брюшную полость, сальниковую сумку, забрюшинное пространство или плевральную полость.

Коды по МКБ-10: C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9.

Классификация

По клиническим формам (типам перфорации): перфорация в свободную брюшную полость, прикрытая перфорация, атипичная перфорация (в забрюшинное пространство, сальниковую сумку, в плевральную полость).

По наличию осложнений перфорации: перитонит, абсцессы брюшной полости, сепсис.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исхо-

дя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, Rh-фактор; ЭКГ, УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости/КТ брюшной полости.

Рекомендуется выполнить обзорную рентгенографию органов брюшной полости для обнаружения свободного газа. При низкой информативности рентгенологического метода рекомендуется проведение компьютерной томографии (КТ) брюшной полости. При отсутствии признаков свободного газа в брюшной полости по данным лучевых методов исследования рекомендуется пероральное введение водорастворимого рентгеноконтрастного йодсодержащего вещества с проведением повторного рентгенологического исследования (обзорная рентгенография органов брюшной полости или КТ органов брюшной полости) с целью выявления затеков контрастного вещества за пределы ЖКТ.

Дополнительные исследования: ЭГДС, диагностическая лапароскопия, онкомаркеры (СА 19–9, РЭА), КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием.

Лечебная тактика

Пациентам в тяжелом состоянии с признаками разлитого перитонита и выраженными явлениями интоксикации, синдромными расстройствами и сопутствующими заболеваниями рекомендовано проведение предоперационной подготовки в условиях блока интенсивной терапии/реанимационного отделения или операционной с целью коррекции основных витальных функций и улучшения периоперационного прогноза. Время подготовки

определяется консилиумом в составе врача-хирурга, врача-анестезиолога-реаниматолога с привлечением специалистов другого профиля при необходимости.

Всем пациентам с перфорацией опухоли желудка показано экстренное хирургическое лечение с целью устранения источника перитонита и санации брюшной полости. Операция может быть выполнена лапаротомным или лапароскопическим способом. Вид хирургического доступа пациентам с клинической картиной перитонита рекомендуется определять в зависимости от нозологической формы, тяжести состояния больного и распространенности перитонита.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Ушивание перфорации (в том числе с тампонированием прядью большого сальника) является основным способом хирургического лечения. У пациентов с признаками перфорации опухоли желудка при неверифицированном процессе рекомендуется выполнение интраоперационной биопсии с целью прижизненного патолого-анатомического исследования материала. При невозможности ушивания перфорации, в исключительных случаях, как единственно возможный способ операции, допустимо применение резекционных методик (дистальная или проксимальная резекция желудка, гастрэктомия) при отсутствии опухолевой инфильтрации по решению консилиума. Санация брюшной полости проводится в зависимости от распространенности перитонита. Показанием к интубации тонкой кишки служит парез кишечника с расширением петель более

4 см. Не следует стремиться интубировать всю тонкую кишку. Интестинальный зонд должен быть удален не позднее чем через 4–5 суток.

Общие принципы лечения перитонита заключаются в ликвидации источника перитонита, санации брюшной полости, хирургическом лечении основного заболевания, купировании септического шока и полиорганной недостаточности, лечении сепсиса. Необходимо учитывать особенности конкретной нозологии, которая послужила причиной развития перитонита, и динамику местного и системного воспалительного процесса.

Возможно использование как лапаротомного, так и лапароскопического доступа, в том числе для уточнения диагноза и определения оптимального доступа при конверсии. Диагностическая лапароскопия при клинической картине перитонита и отсутствии септического шока и компартмент-синдрома целесообразна, т.к. позволяет в большинстве случаев верифицировать причину перитонита, оценить истинную распространенность перитонита и избежать напрасной лапаротомии. В случае обоснованных сомнений в эффективности лапароскопического вмешательства или технической невозможности проведения операции предпочтение отдается лапаротомии.

Дальнейшая тактика совпадает с описанной в главе «Перитонит». В случае тяжелого нестабильного состояния пациента целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). В таких случаях объем первичной операции должен быть минимальным и направлен на устранение источника перитонита. В дальнейшем, в условиях отделения реанимации, проводится интенсивная терапия, направленная на стабилизацию состояния пациента. Повторное хирургическое вмешательство с адекватным объемом выполняется через 24 часа. Изменение сроков релапаротомии определяется на консилиуме.

Решение о повторных (программных, этапных) санациях брюшной полости принимается на основании многофакторной интраоперационной оценки хирургической ситуации в зависимости от тяжести и распространенности перитонита. Для объективизации критериев к релапаротомии либо к завершению санаций

возможно использовать интегральные шкалы оценки состояния, Мангеймский индекс перитонита (QR-код 1), прогностический индекс релапаротомии (QR-код 2), критерии интраоперационной оценки характера поражения органов брюшной полости при перитоните (QR-код 3).



Мангеймский индекс



ПИР



Критерии оценки поражений

В случае пареза кишечника с расширением кишки более 4 см показана назоинтестинальная интубация. Интубация всей тонкой кишки нецелесообразна. Интестинальный зонд должен быть удален не позднее чем через 4–5 суток.

При наличии не полностью санированного источника инфекции в брюшной полости, высокого риска развития синдрома интраабдоминальной гипертензии, флегмоне передней брюшной стенки, абдоминальном сепсисе вакуум-ассистированная лапаростомия может обладать преимуществами перед традиционным ведением перитонита с использованием программных релапаротомий.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение. Комплекс консервативного лечения: инфузионная терапия, особенно на начальном этапе лечения, должна быть индивидуализирована, антибактериальная терапия, вазопрессорная поддержка при необходимости, респираторная поддержка, экстракорпоральные методы детоксикации, антикоагулянтная терапия, антисекреторная терапия, нутритивная поддержка, контроль внутрибрюшного давления. При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной те-

рапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО).

При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.