

О ПОРЯДКЕ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В Саратовской области в 34 районах имеются центральные районные больницы (ЦРБ) с хирургическими отделениями. Как правило, это хирургические отделения менее 30 коек. Количество поступивших больных и число операций зачастую также невелико. В таких случаях качество лечения можно обеспечить за счет четкого порядка оказания медицинской помощи. В Саратовской области данный вопрос решается путем внедрения порядков или алгоритмов по основным хирургическим нозологиям. Среди них тактика и лечение больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки является наиболее актуальной. В сообщении представлен порядок оказания хирургической помощи больным перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, который не только является кратким руководством к действиям хирурга, но и используется при экспертизе качества медицинской помощи.

Ключевые слова: хирургическая помощь, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

В.Э. Федоров

ГБОУ ВПО
«Саратовский
государственный
медицинский университет»

Федоров

Владимир Эдуардович –
e-mail: v.e.fedorov@yandex.ru

34 districts of Saratov Region (Oblast) have central district hospitals (CRBs) with surgery departments. Usually these departments have less than 30 beds. The number of admitted patients and performed surgeries is also rather small. To maintain the quality of treatment in such conditions, there must be a well-defined order of the delivery of surgical care. For this purpose in Saratov Region special orders or algorithms are integrated for main surgical pathology. Among these the most relevant is treatment of patients with perforated peptic ulcer. We are presenting the order of surgical care delivery in patients with perforated peptic ulcer; this order is not only a synopsis of surgeon's actions, but it is also used in evaluation of health care quality.

Keywords: surgical care, perforated peptic ulcer

В настоящее время происходит быстрое развитие и внедрение в практику хирургических технологий. В результате уровень и качество хирургической помощи в разных районах оказывается по-разному. Особенно сложная ситуация возникает «на периферии» – в небольших сельских и провинциальных хирургических отделениях. Одни из них быстро осваивают и внедряют в свою деятельность последние достижения медицинской науки. Другие – наоборот, стагнируют и превращаются в диспетчеров по формированию потоков больных в центральные хирургические подразделения.

В связи с этим возникает насущный вопрос о порядке оказания хирургической помощи по основным хирургическим заболеваниям. В разных областях и регионах он решается по-разному. Чаще всего в его основе лежат возможности обеспечения хирургов современным оборудованием и инструментарием. Тактическим и лечебным вопросам уделяется недостаточно внимания.

В Саратовской области в 34 районах имеются центральные районные больницы (ЦРБ) с хирургическими отделениями. Как правило, это хирургические отделения менее 30 коек. Количество поступивших больных и число операций зачастую также невелико. Именно поэтому оснащать дан-

ные подразделения высокотехнологичным оборудованием не всегда разумно.

В таких случаях качество можно обеспечить за счет четкого порядка оказания медицинской помощи, а не напичкивания стационара дорогостоящей аппаратурой. Это особенно важно при экстренных хирургических заболеваниях, когда имеется лимит времени на обследование и подготовку к оперативному вмешательству.

В Саратовской области данный вопрос решается путем внедрения порядков или алгоритмов по основным хирургическим нозологиям. Среди них тактика и лечение больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки является наиболее актуальной. Ниже представлен:

**КРАТКИЙ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ
ШИФР–МКБ: K25.K26,K27,K28, K31.**

Перфоративная или прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки является осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией, – это такое острое осложнение язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, при

котором происходит полное разрушение целостности стенки этих органов язвенным процессом и возникновение сообщения их просвета со свободной брюшной полостью или забрюшинным пространством. При этом содержимое поступает в свободную брюшную полость.

Классификация (Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том 2, стр. 299).

По этиологии:

- перфорация хронической язвы;
- перфорация острой язвы (гормональной, стрессовой и др.).

По локализации:

- язва желудка (малой или большой кривизны, передней или задней стенки в антральном, препилорическом, пилорическом, кардиальном отделе, в теле желудка);
- язва двенадцатиперстной кишки (бульбарная, постбульбарная).

По клинической форме:

- прободение в свободную брюшную полость (типичное или прикрытое);
- атипичная перфорация (в сальниковую сумку, малый или большой сальник, забрюшинную клетчатку, отграниченную спайками полость);
- сочетание с кровотечением в желудочно-кишечный тракт или брюшную полость.

По фазе перитонита (клиническому периоду):

- химический перитонит (период первичного шока);
- бактериальный перитонит с синдромом системной воспалительной реакции;
- разлитой гнойный перитонит (период тяжелого абдоминального сепсиса).

В диагностике перфоративной язвы основную трудность представляют атипичные формы перфорации и диагностики заболевания в период мнимого благополучия.

Алгоритм оказания лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе.

Типичная клиническая картина перфоративной:

- острое, внезапное начало;
- «кинжальная» боль в эпигастриальной области;
- резкое напряжение мышц брюшной стенки («доскообразный живот»);
- признаки раздражения брюшины, положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
- вынужденное положение больного на правом боку с приведенными к животу ногами.

Перед транспортировкой допустимо введение желудочного зонда без промывания желудка для удаления желудочного содержимого и декомпрессии. При тяжелом состоянии во время транспортировки проводится инфузионная терапия, но запрещается введение наркотических обезболивающих препаратов.

В случае категорического отказа больного от госпитализации он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской карте и взятием расписки.

В случае самовольного ухода больного из приемного отделения об этом сообщается в поликлинику по месту жительства, то есть делается активный вызов хирурга на дом.

Алгоритмы диагностики в хирургическом стационаре

Стадии развития перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

1. «абдоминальный шок» – до 6 часов после перфорации,
2. мнимое благополучие – 2 часа,
3. разлитой перитонит – после 8–10 часов.

Первая стадия характеризуется симптомами болевого шока вследствие раздражения брюшины кислым содержимым желудка – очень сильная, «кинжальная» боль в эпигастрии, брадикардия от 70 до 86, нормальное или слегка повышенное артериальное давление от 100/70 до 140/80 мм рт.ст., выраженное напряжение мышц всей передней брюшной стенки, но больше в эпигастрии и правой половине живота, там же резкая болезненность при пальпации и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно отсутствует печеночная тупость, то есть над печенью – «тимпанит», звонкий перкуторный звук. Характерны такие общие симптомы, как вынужденное положение на правом боку с поджатыми к животу ногами, холодный пот, поверхностное дыхание, втянутый и неподвижный живот.

Степень выраженности симптомов нарастает и зависит от срока с момента перфорации.

Вторая стадия – «мнимое благополучие» может отсутствовать или быть слабо выражена. Она характеризуется стиханием болей в животе вследствие прикрытия перфорации окружающими органами и тканями.

Третья стадия. Появляются симптомы перитонита, складывающиеся из абдоминальных признаков: напряжения мышц живота, вздутия живота, положительных симптомов раздражения брюшины, притупления в отлогах частях живота, отсутствия перистальтики. Затем появляются и быстро прогрессируют признаки интоксикации: сухость губ и языка (язык в виде «щетки»), нарастание жажды, сухость кожи, появление лица Гипократа, нарастает тахикардия, Характерна болезненность при пальцевом исследовании прямой кишки.

При атипичной или прикрытой перфорации напряжение мышц может уменьшаться, но сохраняется болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Перфорация может сочетаться с кровотечением. В таких случаях проявляются не только симптомы перитонита, но и нарастающая анемия.

Необходимые лабораторные исследования: клинический общий анализ крови, группа крови и Rh-фактор, сахар

крови, билирубин, коагулограмма, кровь на RW, общий анализ мочи.

Дополнительные инструментальные исследования

ЭКГ необходимо выполнять всем пациентам старше 40 лет для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда.

Рентгенологическое исследование – обзорная рентгенография брюшной полости выполняется с целью выявления свободного газа под куполом диафрагмы.

Для диагностики атипичной, прикрытой перфорации производят пневмогастрографию – по зонду из желудка удаляют содержимое, а затем в положении больного на левом боку в желудок вводится 500–700 мл воздуха. Подтверждением диагноза является обнаружение свободного газа в брюшной полости под куполом диафрагмы.

ФГДС может спровоцировать усиление болевого синдрома и не всегда позволяет уточнить локализацию язвы и выявить атипичные формы перфорации в связи с неполным расправлением стенки желудка.

Диагностическая лапароскопия более эффективна, чем ФГДС. С ее помощью в брюшной полости достаточно легко обнаруживается желудочное или дуоденальное содержимое.

Тактика при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки

Всем больным с перфоративной (прободной) язвой желудка и двенадцатиперстной кишки показана экстренная операция. Выявление прикрытой перфоративной язвы также является абсолютным показанием к экстренному оперативному лечению.

Предоперационная подготовка

Перед операцией в обязательном порядке устанавливается желудочный зонд и эвакуируется желудочное содержимое без промывания желудка.

Производится опорожнение мочевого пузыря и гигиеническая подготовка области оперативного вмешательства.

При тяжелом состоянии (в стадии разлитого перитонита) совместно с анестезиологом допустима интенсивная терапия (как предоперационная медикаментозная подготовка) в течение 1–2 часов.

При перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки необходимо проведение антибиотикопрофилактики.

Анестезиологическое обеспечение операции

Операция выполняется только под общим обезболиванием. Предпочтителен эндотрахеальный наркоз с миорелаксацией.

Дифференцированная хирургическая тактика

Консервативный способ лечения перфоративных гастродуоденальных язв применяется только в исключительных случаях, при невозможности выполнить операцию (отказ

больного, нет технической возможности выполнения операции) и оформляется в истории болезни в виде консилиума врачей.

При этом может быть использован метод консервативного лечения по Тейлору, когда больному придают положение Фовлера, проводят постоянную зондовую аспирацию желудочного или дуоденального содержимого, параллельно проводят дезинтоксикационную медикаментозную терапию, антибиотикотерапию, для противовоспалительного и обезболивающего эффекта кладут холодную грелку на живот.

Хирургические способы лечения при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки.

Вид и объем вмешательства определяется индивидуально. Критериями выбора объема хирургического вмешательства являются:

- а)** время, прошедшее с момента перфорации;
- б)** выраженность и распространенность перитонита;
- в)** возраст пациента;
- г)** характер и степень компенсированности сопутствующей патологии.

Различают паллиативные операции (ушивание прободного отверстия, пилоропластика с иссечением язвы) и радикальные (резекции желудка).

Ушивание перфоративной язвы показано при:

- а)** наличии запущенного разлитого или общего перитонита;
- б)** длительности заболевания с момента прободения более 6 часов;
- в)** тяжелых сопутствующих заболеваниях и у лиц старческого возраста свыше 70 лет;
- г)** острых, впервые выявленных стрессовых язвах и длительности заболевания до 6 часов с момента прободения;
- д)** множественных перфорациях;
- е)** перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки у молодых лиц (младше 20 лет) – «юношеские» язвы;
- ж)** недостаточной оснащенности или отсутствии опыта резекций желудка.

Перфоративные язвы обязательно ушиваются в поперечном направлении, чтобы максимально избежать нарушений эвакуации в послеоперационном периоде.

Язвы пилородуоденальной зоны предпочтительнее ушивать по Оппелю-Поликарпову или однорядным швом в поперечном направлении с аппликацией сальника.

Забрюшинные перфорации выявляют по наличию в парадуоденальной клетчатке воздуха и пропитывания желчью. Для ушивания такой язвы необходима предварительная мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. После ушивания такой язвы забрюшинную клетчатку дренируют.

При перфоративной язве желудка биопсия является обязательной для исключения малигнизации.

Резекции желудка показана при:

- а)** пенетрирующих, стенозирующих, кровоточащих и подозрительных на малигнизацию язвах желудка в первые 6 часов перфорации при отсутствии перитонита;
- б)** обязательном соответствующем оснащении и квалификации оперирующей бригады;
- в)** сочетании перфорации и кровотечения – удаление (с резекцией желудка) или прошивание кровоточащей язвы обязательно.

Ваготомия с иссечением или ушиванием перфоративной язвы и пилоропластикой может быть выполнена у больных с локализацией перфоративной язвы на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, не сопровождающейся значительным воспалительным инфильтратом. В условиях экстренной операции предпочтение следует отдавать стволовой ваготомии. Иссечение язвы следует производить с рассечением передней полуокружности привратника и выполнением пилоропластики.

Лапароскопия.

Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы возможно только при соответствующем оснащении и квалификации хирургов.

Завершение операции. Обязательный элемент операции – тщательная санация и дренирование брюшной полости. Предпочтительнее активное дренирование двухпросветным дренажем. Любую операцию следует завершать постановкой зонда для декомпрессии желудка и кишечника, для энтерального питания, который заводится в двенадцатиперстную кишку далеко за зону перфорации.

Послеоперационное ведение больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.

При перитоните проводят антибиотикотерапию 5–7 дней.

Общий анализ крови назначается через сутки после операции и перед выпиской из стационара.

Со второго дня послеоперационного периода проводят стимуляцию кишечника.

Швы снимаются на 7–8-е сутки.

Данный «ПОРЯДОК» рассылается во все хирургические отделения области по электронной почте и/или в виде информационного письма. Он является документом, не только помогающим рядовому хирургу принять конкретное решение по больному, но и может служить стандартом для экспертизы качества оказания медицинской помощи при конфликтных ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая хирургия. Национальное руководство. Т. 2. С. 299.