

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Зав. Кафедрой д.м.н., доцент Здзитовецкий Д.Э.

РЕФЕРАТ

«Прободная язва»

Выполнила: ординатор 2 года обучения

Шелемова Анна Андреевна

КРАСНОЯРСК 2024г.

Оглавление

Введение	3
Этиология и патогенез.....	3
Эпидемиология.....	3
Классификация	3
Клиническая картина.....	4
Диагностика	4
Дифференциальная диагностика.....	6
Лечение	7
Малоинвазивное лечение	11
Послеоперационное лечение	13
Реабилитация	13
Профилактика.....	13
Послеоперационные осложнения и летальность.....	14
Список литературы.....	15

Введение

Язва желудка с прободением или язва двенадцатиперстной кишки с прободением – острое хирургическое заболевание, возникающее в результате сквозного разрушения стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в зоне язвы.

Этиология и патогенез

Наличие острой или хронической язв желудка или двенадцатиперстной кишки; наличие *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Инфекционная этиология язвенной болезни подтверждается в среднем у 60–70% больных. Факторы риска развития прободной язвы многообразны, но не всегда имеют доказательную базу.

Эпидемиология

Прободная язва (ПЯ) развивается у 2% - 10% больных язвенной болезнью (ЯБ). На протяжении последних 20 лет заболеваемость прободной язвой колебалась от 11,7 до 25,9 на 100 тыс. населения. Такая ситуация сохраняется на фоне возросшей эффективности противоязвенной терапии при хроническом течении заболевания. В г. Москве за последние 20 лет (по состоянию на 31 декабря 2012 года) отмечена тенденция к уменьшению абсолютного числа госпитализированных больных с прободной язвой. В Республике Башкортостан за 40 лет (1972 до 2011 годы) выявлен резкий подъём заболеваемости и рост количества госпитализированных больных с прободной язвой в 2000 году.

В Европе заболеваемость ПЯ за последний 10-летний период снизилась с 9,7 до 5,6 на 100 тыс. населения. В России за этот же период заболеваемость ПЯ снизилась с 26,9 до 13,5 на 100 тыс. населения.

Соотношение мужчин и женщин при ПЯ составляет 2:1, но за последнее десятилетие число пациентов женского пола увеличилось в 3 раза. Основная часть больных — лица молодого и среднего возраста, причем в этой возрастной группе в 7—10 раз преобладают мужчины. Пик заболеваемости приходится на возраст 40-60 лет.

Классификация

В России наиболее простой и удобной для практического использования является классификация ПЯ, предложенная В.С. Савельевым в 2005г [14]. Основные классификационные характеристики ПЯ по В.С. Савельеву, с дополнениями 2015 года:

По этиологии: прободение хронической и острой язвы (гормональной, стрессовой или др.);

По локализации:

- язвы желудка (с указанием анатомического отдела);
- язвы двенадцатиперстной кишки (с указанием анатомического отдела);

По клинической форме:

- прободение в свободную брюшную полость (типичное, прикрытое);
- атипичное прободение (в сальниковую сумку, малый или большой сальник – между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость)
- сочетание прободения с другими осложнениями язвенного процесса (кровотечение, стеноз, пенетрация, малигнизация)

Клиническая картина

Характерными клиническими признаками ПЯ является:

- острое начало заболевания с «кинжальной» болью в животе;
- «доскообразное» напряжение мышц живота,
- боль при пальпации живота, предшествующий язвенный анамнез

Положение больного вынужденное с согнутыми коленями, боль усиливается при движении, страдальческое выражение лица, кожные покровы бледные, губы цианотичны, сухость слизистой рта и губ, черты лица заострены, конечности холодные.

Артериальное давление снижено на 5-10%, пульс замедлен (симптом Грекова), дыхание частое, поверхностное.

Передняя брюшная стенка напряжена («доскообразное» напряжение) (92%), в первый час заболевания отмечается резкая боль в эпигастрии и мезогастррии – 92% .

В первый час заболевания появляются положительные симптомы раздражения брюшины: Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского – 98% .

При перкуссии живота появляется резкая боль. Можно установить исчезновение печеночной тупости (симптом Clark) и появление высокого тимпанита над печенью (симптом Спизарного) – 37%. При наличии жидкости в нижних и боковых отделах живота определяются притупление или тупость перкуторного звука (симптом DeQuerven).

При аускультации живота может быть выявлена «триада Guiston»:

- распространение сердечных тонов до уровня пупка;
- перитонеальное трение, аналогичное шуму трения плевры в подреберной или надчревной области;
- металлический звон или серебристый шум, появляющийся при вдохе, обусловленный выходом пузырьков газа из желудка.

Боль в животе менее выражена при перфорации язв задней стенки двенадцатиперстной кишки и кардиального отдела желудка, когда его содержимое попадает в забрюшинную клетчатку или сальниковую сумку.

Диагностика

Диагностика ПЯ относится к экстренным мероприятиям. В связи с этим решение об операции должно быть принято в течение 2 часов после госпитализации больного в стационар!

Лабораторная диагностика

Лабораторные исследования рекомендуется выполнять по стандартам для тяжелых больных, утвержденным в лечебно-профилактическом учреждении.

В список обязательных лабораторных исследований необходимо внести:

1. определение общего анализа крови и гематокрита,
2. биохимический анализ крови, включая глюкозу, билирубин, креатинин, амилазу крови,
3. определение группы крови и Rh-фактора,
4. кардиолипидная реакция (кровь на RW),
5. исследование крови на ВИЧ-инфекцию,
6. длительность кровотечения, свертываемость,
7. ПТИ (протромбин по Квику, МНО),
8. анализ мочи (физико-химические свойства, микроскопия осадка).

Инструментальная диагностика

Инструментальные методы обследования позволяют увидеть характерные признаки ПЯ: свободный газ в брюшной полости, свободную жидкость в брюшной полости, наличие и локализацию язвы, и прободное отверстие.

Рекомендовано проведение компьютерной томографии (КТ) брюшной полости, так как данное исследование имеет высокую диагностическую точность при прободной язве - 98%. Позволяет выявить: свободный газ в брюшной полости, свободную жидкость в брюшной полости, утолщение желудочной или дуоденальной стенок в зоне язвы, обнаружить язву и перфоративное отверстие.

Рекомендовано проведение ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости для выявления свободного газа (точность - 75%) и свободной жидкости (точность - 95%) в брюшной полости в случае невозможности проведения КТ. Имеет высокую совокупную диагностическую точность при ПЯ – 91%. При УЗИ можно выявлять утолщенный (пониженной эхогенности) участок стенки органа, имеющей перфорацию. Ультразвуковым симптомом перфорации язвы является перерыв наружного контура стенки органа в области язвенного дефекта, который заполнен высокоэхогенным содержимым и располагается именно в зоне утолщения. Язвенный дефект при УЗИ наиболее часто выглядит в виде конуса или неправильного конусовидного образования «рыбьего глаза» (по Т. Yoschizumi). [9,19,22]. При подозрении на прикрытую перфорацию совокупность ценности УЗИ составляет: диагностическая точность – 80,0%, специфичность – 85,7%, чувствительность – 66,7%.

В случае невозможности проведения КТ рекомендуется рентгенография брюшной полости для обнаружения свободного газа в брюшной полости (обнаружен и описан Levi — Dorn (1913)). Диагностическая точность до 80%. Исследование проводится в вертикальном положении. Газ в свободной брюшной полости встречается в виде серповидной прослойки между диафрагмой и печенью, диафрагмой и желудком. Если свободный газ в брюшной полости не определяется в вертикальном положении, необходимо продолжить исследование в боковой позиции.

С целью выявления характерного перитонеального экссудата с примесью

желудочного содержимого, визуализации перфоративного отверстия, уточнения его локализации, размеров, выраженности и размеров язвенного инфильтрата, оценки состояния стенок желудка и ДПК, оценки наличия, распространенности и выраженности перитонита, выявления сопутствующих заболеваний других органов брюшной полости рекомендовано проведение диагностической лапароскопии. Рекомендовано проведение фиброгастродуоденоскопии при отсутствии симптомов перитонита и при подозрении на прикрытую перфорацию язвы после проведения рентгенографии, УЗИ, КТ и при установленном диагнозе в целях детализации диагноза, диагностики осложненного течения язвенной болезни. Фиброгастродуоденоскопия позволяет установить наличие прободной язвы в 90% случаев.

Дифференциальная диагностика

Прободную язву желудка и двенадцатиперстной кишки чаще всего приходится дифференцировать от острых хирургических заболеваний других органов брюшной полости, сопровождающихся резким болевым синдромом или развитием перитонита. Это прежде всего: острый холецистит и печеночная колика, острый панкреатит, прободной рак желудка, острая кишечная непроходимость, острый аппендицит, острое расширение, заворот желудка и другие.

Прободной рак желудка. Проявляется такой же клинической картиной, как и перфоративная язва. В отличие от последней для рака желудка характерны более пожилой возраст больных, некоторые анамнестические данные до прободения опухоли (желудочные жалобы, общая слабость, похудание, снижение аппетита и др.). При пальпации живота может определяться опухолевидное образование. Заболеванию может предшествовать ахилеский гастрит. Но в некоторых случаях и эти симптомы могут отсутствовать, тогда правильный диагноз устанавливается при срочной гастроскопии или только во время операции.

При остром холецистите боли носят острый характер, но не достигают такой силы, как при перфоративной язве, локализуются в правом подреберье и иррадиируют в правое плечо и лопатку. Наблюдаются частая рвота, высокая температура. Характерно повторение подобных приступов болей или желтухи в прошлом. При холецистите редко наблюдается “доскообразное” напряжение мышц живота, нередко пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь. Резкими болями в правом подреберье сопровождается печеночная колика при желчнокаменной болезни, но в отличие от прободной язвы боли при ней носят схваткообразный характер, быстро купируются применением спазмолитических средств, отсутствуют перитонеальные явления и воспалительные реакции (повышение температуры, лейкоцитоз в крови). Острому панкреатиту свойственны резкие боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократная рвота. Отмечается вздутие живота, но отсутствует напряжение мышц передней брюшной стенки. Больные часто беспокойны, мечутся от болей. Имеется и ряд других симптомов (Мейо—Робсона, Воскресенского и др.), не характерных для прободной язвы. Высокие показатели диастазы мочи и амилазы крови, отсутствие свободного газа в брюшной полости позволяют исключить диагноз прободной язвы.

Острая кишечная непроходимость характеризуется сильными, но в отличие от прободной язвы не постоянными, а схваткообразными болями в животе и частой рвотой. При ней не наблюдается напряжения мышц, но отмечается вздутие, свойственны

асимметрия живота, усиленная перистальтика кишечника. Анамнез заболевания, рентгенологические и другие исследования почти всегда дают возможность отличить кишечную непроходимость от перфоративной язвы.

Лечение

Консервативное лечение

Не рекомендуется консервативное лечение ПЯ. Консервативное лечение ПЯ, известное в медицинской литературе как метод Taylor (1946) – активная назогастральная аспирация желудочного содержимого, не получило широкого признания среди отечественных хирургов. Между тем, метод Taylor за рубежом включен в лечебные протоколы и активно используется до настоящего времени в отдельных клиниках. В России консервативный метод лечения ПЯ применяется только при отказе пациента и родственников от операции или невозможности выполнить операцию из-за крайней тяжести состояния пациента.

Хирургическое лечение

В настоящее время предложены 3 вида хирургических вмешательств для лечения прободной язвы:

1. Ушивание прободного отверстия;
2. Иссечение прободной язвы с возможной пилоропластикой и ваготомией;
3. Резекция желудка.

Рекомендуется проведение предоперационной подготовки. Предоперационная подготовка включает общегигиеническую обработку, выведение желудочного содержимого, выведение мочи, антибиотикопрофилактику, профилактику тромбозноэмболических осложнений. Предоперационная подготовка не должна увеличивать сроки до выполнения операции.

При септическом шоке, коморбидных заболеваниях в стадии декомпенсации, при показателе ASA > 3 рекомендуется выполнить коррекцию функций органов: искусственная вентиляция легких, комплексная поддержка сердечной деятельности, коррекция гиповолемических нарушений, которые должны начинаться до операции, продолжаться в ходе её выполнения и по окончании операции. Операция должна быть максимально щадящей: ушивание или тампонада сальником прободного отверстия, эвакуация экссудата, лапаростомия. При локализации язвы на передней стенке желудка или ДПК и отсутствии инфильтрации рекомендуется выполнить ушивание прободного отверстия. При прободении небольших язв передней и задней стенок двенадцатиперстной кишки рекомендуется выполнять их ушивание узловыми или П-образными швами.

Рекомендуется ушивать прободное отверстие рассасывающимися нитями на atraumaticкой колющей игле $\frac{1}{2}$ окружности, длиной до 30 мм узловым, П-образным или «Z»-образным однорядными швами.

Ушивание прободного отверстия можно выполнить в большинстве случаев. Исключение составляют следующие ситуации:

- прорезывание швов ушиваемых тканей, сомнения в герметичности ушитого прободного отверстия из-за инфильтрации тканей вокруг язвенного дефекта,
- стеноз пилорoduodenальной зоны,

- прободение гигантской или пенетрирующей язвы,
- прободение каллёзной язвы, подозрение на малигнизацию язвы.

Ушивание в современных условиях выполняется у 94 % больных с прободной язвой. В настоящее время при ушивании прободной язвы следует отдавать предпочтение применению рассасывающихся нитей на атравматической колющей игле $\frac{1}{2}$ окружности, длиной до 30 мм.

Методы ушивания прободного отверстия:

1. ушивание прободной язвы узловым, П-образным или «Z» -образным однорядными швами;
2. ушивание прободной язвы узловыми однорядными швами с подшиванием пряди сальника в виде плаща к линии шва;
3. ушивание прободной язвы узловыми однорядными швами с тампонирующим перфорационного отверстия прядью сальника на ножке (операция Опделя-Поликарпова, операция Cellan-Jones).

Ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки может быть дополнено ваготомией по усмотрению хирурга. Условия применения метода: в первые сутки после операции больным назначается инъекционная форма ингибитора протонной помпы.

Если во время ушивания прободной язвы происходит прорезывание швов и увеличение размеров дефекта, рекомендуется:

- 1) ввести в прободное отверстие Тобразную трубку (18-20 номер по шкале Шарьера), герметизировать дренажный канал сальником и наружный конец трубки вывести через отдельный разрез или
- 2) выполнить резекцию желудка. В последующем трубка извлекается, а свищ самостоятельно заживает.

При больших прободных каллезных язвах передней и задней стенок двенадцатиперстной кишки рекомендуется выполнять резекцию желудка. При невозможности выполнить резекцию желудка язвы экономно иссекаются, рана задней стенки ушивается без натяжения, а на передней стенке выполняется пилоропластика по Финнею, затем производится двухсторонняя стволовая поддиафрагмальная ваготомия или передняя селективная и задняя стволовая ваготомия.

Прободную язву желудка рекомендуется иссекать с прободным отверстием и с зоной инфильтрации, а дефект в его стенке ушивать узловыми швами без сужения просвета желудка.

Иссечение прободной язвы выполняется у 2% - 11% больных:

- в случае невозможности ушить прободное отверстие, в том числе с использованием пряди сальника на ножке, при каллёзной язве желудка;
- при подозрении на малигнизацию язвы желудка для гистологического исследования;
- при сочетании прободения и кровотечения язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки;
- при сочетании прободения язвы передней стенки и кровотечения из язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки.

Иссечение язвы желудка на малой кривизне или на большой кривизне, чаще всего, требуют мобилизации желудка, как и при его резекции. Язву двенадцатиперстной кишки

следует иссекать вместе с зоной инфильтрации. Завершать операцию лучше

пилоропластикой по Финнею и двухсторонней стволовой поддиафрагмальной ваготомией.

При гигантских прободных язвах, осложненных обширным плотным инфильтратом и внутренними свищами, чаще с ободочной кишкой, локализации язвы на задней стенке рекомендуется оперативное лечение разделить на 2 этапа:

1й этап – экстренный – производится ушивание прободного отверстия независимо от локализации;

2й этап – плановый, выполняется резекция культи желудка или гастрэктомия, возможна резекция вовлеченных в воспалительный процесс органов.

Операция выполняется в специализированном центре хирургической гастроэнтерологии после выяснения причин пептической язвы (гастринома, наличие участка антрального отдела желудка в культе ДПК после резекции по Бильрот II, избыточная культя желудка и т.п.) и решается вопрос о дальнейшем лечении: консервативная терапия, торакоскопическая наддиафрагмальная стволовая ваготомия, ререзекция желудка или гастрэктомия, удаление гастриномы, резекция поджелудочной железы и другие методы лечения.

Если ушивание и тампонирование сальником перфоративного отверстия приводит к прорезыванию и несостоятельности наложенных швов, рекомендуется выполнение резекцию желудка.

Открытое вмешательство из верхнего срединного доступа, основными элементами которого являются: полное отделение желудка от верхнего края язвы и ДПК, ревизия просвета ДПК изнутри с верификацией БСДК, экономное иссечение 1-2 мм рубцовых тканей по периметру язвы на глубину слизистой оболочки и восстановление проходимости желудочно-дуоденального перехода прямым гастродуоденоанастомозом «конец в конец» без отсепаровки задней стенки ДПК от головки поджелудочной железы. Дно язвы при этом «выносятся» из просвета желудочно-кишечного тракта. Операция может выполняться в вариантах классической резекции желудка по Бильрот I, антрумрезекции или пилоропластики со стволовой ваготомией. Пытаться отсепаровать заднюю стенку ДПК от ткани поджелудочной железы и выполнить резекцию по Бильрот II в этих условиях не рекомендуется из-за возможности повреждения холедоха, БСДК, возникновения послеоперационного панкреатита и несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки. Кровотокающие сосуды в дне язвы при их наличии должны быть предварительно прошиты и лигированы.

Резекцию желудка при ПЯ выполняться при отсутствии технической возможности использования более простого оперативного вмешательства.

С точки зрения подавления желудочной кислотопродукции к радикальным операциям относятся дистальная резекция в объеме не менее 2/3 желудка, и антрумэктомия с различными вариантами ваготомии. При анализе отдаленных результатов операций по шкале Visick было установлено, что лучшие результаты лечения были получены после первичной резекции 2/3 желудка по Бильрот-I (95,2% больных) и антрумэктомии с передней селективной и задней стволовой ваготомией (95%), после резекции желудка по Бильрот-II положительные результаты получены у 78,1% больных.

Условия для резекции желудка:

- компенсированное состояние больного;
- владение хирургом методикой резекции желудка.

При невозможности выполнить ушивание или иссечение прободной язвы, а также резекцию желудка, ввести в прободное отверстие дренаж, лучше Т-образный (18-20 номер по шкале Шарьера), герметизировать дренажный канал сальником, наружный конец трубки вывести через контрапертуру на переднюю брюшную стенку, эвакуировать экссудат и зашить рану передней брюшной стенки или сформировать лапаростому. В ближайшем послеоперационном периоде обеспечить пациенту консультацию специалистов-хирургов высокой квалификации.

При прободной язве двенадцатиперстной кишки на фоне её стеноза рекомендуется:

- 1) ушить прободное отверстие с наложением обходного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом;
- 2) иссечь язву с выполнением пилоропластики по Финнею и двухсторонней поддиафрагмальной стволовой ваготомией;
- 3) выполнить резекцию желудка.

Изолированное ушивание язвы двенадцатиперстной кишки на фоне её стеноза приводит к развитию гастростаза, несостоятельности ушитого перфорационного отверстия.

При кровотечении и прободении язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки рекомендуется её иссечение, пилоропластика по Финнею, двухсторонняя стволовая поддиафрагмальная ваготомия или передняя селективная и задняя стволовая ваготомия.

При перфорации язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки и кровотечении из язвы задней её стенки рекомендуется иссечение язвы передней стенки.

Кровоточащий сосуд в дне язвы задней стенки верифицируется, прошивается и перевязывается. Края язвы задней стенки иссекаются по периметру язвы на протяжении 1-2 мм на глубину слизистого и подслизистого слоев. После этого, обычно, восстанавливается их подвижность и дифференцировка. Это позволяет ушить дефект стенки над дном и прошитыми сосудами без натяжения и риска повреждения подлежащих тканей поджелудочной железы, большого сосочка двенадцатиперстной кишки, холедоха и трубчатых структур гепатодуоденальной связки.

Малоинвазивное лечение

Лапароскопические операции при прободной язве выполняются в 7% - 12%. В последние годы количество таких операций в отдельных клиниках колеблется от 46% до 92%. В основном выполняется ушивание ПЯ.

Показания:

1. локализация прободного отверстия на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки;
2. небольшие размеры язвенного дефекта.

Противопоказания:

1. труднодоступная локализация язвы;
2. большой диаметр прободного отверстия;
3. подозрение на малигнизацию язвы;
4. каллезная язва;
5. перифокальное воспаление стенки органа до 10 мм. 5. Вторичный разлитой гнойный перитонит, тяжёлый сепсис;

б. наличие сопутствующих заболеваний и состояний, препятствующих наложению карбоксиперитонеума.

Преимущества: уменьшение болевого синдрома, уменьшение послеоперационных осложнений, уменьшение сроков лечения в стационаре.

Недостатки: напряжённый карбоксиперитонеум.

Условия для лапароскопической операции:

1. наличие оборудования и инструментария;
2. владение хирургом техникой выполнения лапароскопических операций.

Частота конверсий при лапароскопическом ушивании прободной язвы находится в диапазоне 0 - 29%.

Наиболее распространенные причины конверсии:

1. размер труднодоступная локализация язвы;
2. сомнения в надежности швов в зоне инфильтрации.

Лапароскопически или лапароскопически ассистированно рекомендуется выполнять ушивание прободного отверстия при диаметре до 5мм и локализации его на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки узловыми однорядными швами.

Лапароскопически ассистированное ушивание прободной язвы включает:

- 1 этап диагностической лапароскопии, удаление выпота и санацию брюшной полости;
- 2 этап минилапаротомии и ушивание прободного отверстия, ушивание минидоступа;
3. этап лапароскопической санации. прободного отверстия более 10 мм;

Условия применения метода:

1. наличие оборудования и инструментария;
2. владение хирургом техникой выполнения лапароскопически ассистированного ушивания прободной язвы.

С учетом лучших клинических и экономических результатов, полученных в России и за рубежом, следует настойчиво внедрять лапароскопические и лапароскопически ассистированные операции на желудке при прободной язве в практическую хирургию. Не рекомендуется использовать лапароскопическое лечение у больных с 2-3 баллами по шкале Воеу.

Целесообразность выполнения лапароскопической операции при острых заболеваниях живота позволяет определить прогностическая шкала Воеу. Шкала получила широкое распространение среди зарубежных хирургов из-за высокого уровня достоверности прогноза (93,8%). Она состоит из 3 факторов риска, каждый из которых оценивается в 1 балл: гемодинамическая нестабильность при поступлении (систолическое АД менее 100 мм. рт. ст.), поздняя госпитализации (свыше 24 ч.), наличие сопутствующих заболеваний (ASA > 3). При наличии 2 факторов, Европейское общество эндоскопических хирургов (EAES) не рекомендует использовать попытки лапароскопического лечения у этих больных, а предлагает сразу выполнять операцию из открытого доступа.

Наряду с ушиванием прободного отверстия лапароскопически могут быть выполнены: иссечение прободного отверстия, пилоропластика, двухсторонняя стволовая, селективная и селективная проксимальная ваготомии, резекция желудка.

Результаты сравнения больших статистик различных групп больных с прободной язвой, продемонстрировали преимущества лапароскопической хирургии прободной язвы по сравнению с открытыми методами лечения: частота раневой инфекции 0% против 6,1%; послеоперационная летальность 2,5% против 5,8%.

В настоящее время не рекомендуется применение технологии Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery (NOTES) для лечения прободной язвы.

Послеоперационное лечение

После ушивания и иссечения прободной язвы без ваготомии, в первые сутки после операции, рекомендуется применить инъекционные формы ингибиторов протонной помпы.

В послеоперационном периоде рекомендуется проведение комплексной противоязвенной терапии.

После операции по поводу прободной язвы, при наличии тяжелых форм распространенного перитонита у пациентов, рекомендуется лечить в условиях реанимационного отделения.

При послеоперационном лечении пациентов с прободной язвой за рубежом реализуют программу FTS (Fast track surgery) или ERAS (Enhanced recovery after surgery), - основными пунктами которых являются: коротко действующие анестетики в раннем послеоперационном периоде, ранняя реабилитация пациента, раннее начало послеоперационного перорального приема жидкости и пищи, раннее удаление мочевого катетера, отказ от использования назогастрального зонда. Чаще такую программу назначают больным с местным не отграниченным перитонитом. Выполнение программы контролируется в динамике, основным критерием её применения является раннее восстановление перистальтики кишечника. При ранних признаках осложнённого течения послеоперационного периода или при отсутствии перистальтики кишечника программа останавливается.

Реабилитация

Больным, перенесшим ушивание или иссечение прободной язвы, рекомендуется:

1. ограничение физической нагрузки в течении 1 месяца;
2. лечебная питание Стол №1.

Профилактика

Больным, перенесшим ушивание или иссечение прободной язвы, рекомендуется:

1. диспансерное наблюдение у участкового врача-терапевта, врача общей практики или врача-гастроэнтеролога по месту жительства;
2. курсы комплексного противорецидивного лечения по поводу язвенной болезни.

После резекции желудка – комплексное обследование 1 раз в год.

Послеоперационные осложнения и летальность

Из послеоперационных осложнений раннего послеоперационного периода при прободной язве наиболее часто встречается раневая инфекция – до 17%, несостоятельность швов желудка и двенадцатиперстной кишки – до 16%, ранняя послеоперационная кишечная непроходимость – до 4% .

За рубежом принята классификация осложнений по Rinaldo-Dindo-Clavien.

Выделяют несколько классов осложнений:

I-II класс - осложнение не требует каких-либо хирургических вмешательств,

III класс – осложнение требует хирургического, эндоскопического или радиологического вмешательства,

IV класс - осложнения являются опасными для жизни, в том числе с развитием полиорганной недостаточности.

Среди больных с прободными язвами: 14% имеют класс I-II, 18% имеют класс III, 36% имеют класс IV осложнений.

В отдаленном послеоперационном периоде определенную роль в развитии рецидива язвенной болезни после прободных язв играет обсемененность слизистой желудка H. pylori различной степени выраженности. Высокая степень обсеменённости установлена у 1,7% больных после резекции желудка, у 12,7% - после ушивания перфоративной язвы и у 16,1% - после иссечения перфоративных язв.

Прободная язва является причиной смерти 70% больных язвенной болезнью.

Послеоперационная летальность при прободной язве колеблется в современных условиях от 1,3% до 19,4%, а при поступлении в стационар позже 24 часов, показатель возрастает до 30% .

Список литературы

1. Антонов О.Н., Александров А.В., Негребова М.М., Рыбальченко А.В. Влияние способа хирургического лечения у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки на результаты в отдаленном периоде. Материалы III съезда хирургов юга России с международным участием 18-20 сентября 2013г. с.89-90.
2. Балогланов Д.А. Хирургическое лечение перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия №11, 2010, с.76-78.
3. Вачев А.Н., Козлов А.А., Сухачев П.А., Дергаль С.В., Ларина Т.В. Морфологическое обоснование объема иссекаемой ткани при операции по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Хирургия №2, 2011, с.21-24.
4. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. Хирургия №3, 2009, с.10-16.
5. Дряженков И.Г., Аленкин А.Г., Быков А.С. Результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с прободными гастродуоденальными язвами. Материалы III съезда хирургов юга России с международным участием 18-20 сентября 2013г. с.94.
6. Ермолов А.С., Смоляр А.Н., Шляховский И.А., Храменков М.Г. 20 лет неотложной хирургии органов брюшной полости в Москве. Хирургия №5, 2014, с. 7-16.
7. Курбанов Ф.С., Балогланов Д.А., Сушко А.Н., Асадов С.А. Операции минимального объема в хирургическом лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия №3, 2011. С: 44-48.
8. Лемешко З.А., Пиманов С.И. Ультразвуковое исследование желудка // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике: В 5 т. / Под ред. В.В. Митькова. - М.: Видар, 1997. - Т. 4, гл. 1. С: 9-39

9.