

Федеральное агентство по образованию
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Владимирский государственный университет
Кафедра биомедицинской инженерии

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Методические рекомендации

«В печать»:

Авторы –

Э.Г. Абдуллаев

В.В. Бабышин

Зав. кафедрой –

Начальник РО –

Е.П. Викулова

Ответственный секретарь –

Е.А. Амирсейидова

Директор издательства –

Ю.К. Жулев

Владимир 2006

УДК 616.33-002.44-089

ББК 54.574.652

Н52

Составители:

Э.Г. Абдуллаев, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой хирургии Ивановской государственной медицинской академии;

В.В. Бабышин, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии Ивановской государственной медицинской академии

Рецензент

Руководитель Учебно-научного медицинского центра

Владимирского государственного университета

доктор медицинских наук, профессор

И.П. Бойко

Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки : метод. рекомендации / Владим. гос. ун-т ; сост. : Э.Г. Абдуллаев, В.В. Бабышин. – Владимир : Изд-во Владим. гос. ун-та, 2006. – 34 с.

Дана краткая характеристика осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Авторы подробно описывают осложненное течение заболевания: острые желудочно-кишечные кровотечения, перфорации язвы, пилородуоденальные стенозы и лечебно-диагностическую тактику при указанных осложнениях.

Рекомендации предназначены для специалистов, молодых ученых и аспирантов медицинского профиля. Могут быть полезны студентам, обучающимся по медико-техническим специальностям.

Табл. 2. Библиогр.: 25 назв.

УДК 616.33-002.44-089

ББК 54.574.652

ВВЕДЕНИЕ

Проблема лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является актуальной и в настоящее время. Несмотря на значительные успехи консервативной терапии в лечении язвенной болезни, связанные с уточнением значения *Helicobacter pylori* и разработкой новых лекарственных препаратов, большое количество больных поступает в хирургические стационары уже с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, которые требуют неотложного оперативного лечения по жизненным показаниям (Борисов А.Е. и др., 2000). В среднем за год в хирургические стационары Владимирской области поступает около 1500 пациентов с осложненной язвенной болезнью (кровоотечение, перфорация, декомпенсированный стеноз), которым необходимо экстренное оперативное вмешательство. Результаты экстренного оперативного лечения намного хуже, чем при плановых операциях, например, летальность при язвенных кровотечениях составляет 16 – 17 %, при перфоративных язвах – 4- 5 %, при декомпенсированных стенозах – до 5 %. Подобная тенденция характерна не только для России, но и для стран Европы, США и Канады, где также отмечают резкое увеличение количества экстренных госпитализаций, связанных с развитием осложнений язвенной болезни. Увеличение числа осложнений происходит за счет неоправданно длительного консервативного лечения хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки (Tilvis R.S. et al., 1987; Agrez M.V. et al., 1992; Primatesta P. et al., 1994; Eriskien B.O., 1995; Hogel J. et al., 1996).

Летальность при плановых операциях не превышает 2 %, но, по данным J. Hogel и соавт. (1996), плановому оперативному лечению подвергаются чаще пациенты до 60 лет, тогда как экстренные оперативные вмешательства в основном выполняются у пациентов пожилого и старческого возраста. Больные в возрасте до 60 лет составляют только 16 % от числа экстренно оперированных по поводу осложнений язвенной болезни. По нашему мнению, объективными причинами роста данной патологии являются изменившиеся социально-экономические условия и «постарение» населения. Летальность в этой возрастной группе в 8 – 10 раз превышает

средний уровень. Кроме того, нарушаются критерии отбора больных с язвенной болезнью для своевременного планового оперативного лечения. Неоправданно длительное безуспешное консервативное лечение, несвоевременное направление больных на операцию обуславливают высокую послеоперационную летальность (7 – 10 %) больных с осложненным течением язвенной болезни (табл. 1).

Общепризнаны современные достижения терапевтов в лечении язвенной болезни, однако из-за высокой стоимости лекарственных препаратов консервативное лечение в полном объеме доступно не всем. У гастроэнтерологов уже появилось выражение: «Медикаментозная терапия для состоятельных пациентов и всех остальных».

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи располагает значительным опытом хирургического лечения язвенной болезни желудка и ее осложнений.

В данной работе кратко освещены современные представления о диагностике и тактике хирурга при осложненных формах язвенной болезни, требующих экстренного оперативного вмешательства.

Таблица 1

Факторы, влияющие на летальность

Фактор	Процент от общего числа больных
1. Поздняя госпитализация	68,2
В том числе:	
а) позднее обращение за медицинской помощью	58,2
б) отказ от госпитализации	0,8
в) поздний перевод из нехирургических стационаров	1,0
г) ошибки врачей на догоспитальном этапе	4,7
2. Позднее оперативное пособие в стационаре	19,2
3. Отказ от операции	0,5
4. Тактические и технические ошибки хирургов	15,7
5. Дефекты анестезиологического пособия	0,3
6. Тяжесть послеоперационных осложнений	26,1
7. Тяжесть основной и сопутствующей патологии	42,4
8. Неполноценное лечение	5,6
9. Ятрогенные осложнения	1,0

За последнее десятилетие произошло абсолютное и относительное увеличение количества больных с такими грозными осложнениями язвенной болезни, как кровотечение, пилоростеноз и перфорация. Назрела необходимость более разумного подхода к консервативным методам лечения этого заболевания. Соблюдение четких критериев оценки эффективности консервативной терапии и отбора больных на плановые операции будет способствовать снижению количества осложнений и послеоперационной летальности, особенно у больных пожилого и старческого возраста. Необходимо учитывать и тот факт, что язвенная болезнь – явление социальное. Заболеваемость и агрессивные формы язвенной болезни в виде осложнений – перфораций и кровотечений – тесно связаны с уровнем жизни населения.

ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Острые желудочно-кишечные кровотечения являются осложнениями около 100 заболеваний различной этиологии. При этом более 55 % всех случаев желудочно-кишечных кровотечений отмечаются у больных с хроническими и острыми язвами желудка и двенадцатиперстной кишки (Горбашко А.И., 1982; Борисов А.Е. и др., 2000; Hogel J. et al, 1996).

Основные задачи лечебно-диагностического процесса при желудочно-кишечных кровотечениях:

- распознавание источника и остановка кровотечения;
- оценка степени тяжести и адекватное восполнение кровопотери;
- патогенетическое воздействие на заболевание, осложнением которого стало кровотечение.

Желудочно-кишечные кровотечения по своей клинической картине являются смешанными кровотечениями. В клинической картине выделяют два периода: *скрытый и явный*.

В скрытом периоде происходит истечение крови в просвет желудочно-кишечного тракта. Этот период проявляется такими симптомами общего характера, как слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах, бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления. В этом периоде наиболее часто совершаются диагностические ошибки. Перечисленные выше симптомы врачи на догоспитальном этапе нередко расценивают как проявление остеохондроза, нейроциркуляторной дистонии, ишемической болезни сердца, что приводит к задержке госпитализации и может повлиять на течение и исход заболевания.

Явный период кровотечения характеризуется рвотой и измененным стулом. Рвота может быть типа «кофейной гущи», неизменной кровью или обильная кровавая «полным ртом» или «фонтаном».

Стул может быть оформленным черного цвета, жидким дегтеобразным (мелена), кровавым и цвета «малинового желе». Указанные особенности рвоты и стула являются абсолютными признаками кровотечения из ор-

ганов желудочно-кишечного тракта. Дифференциально-диагностическое значение имеет тщательное выяснение жалоб больного и анамнеза. Болевой и диспепсический синдромы в прошлом, усиление болей за несколько дней или недель до геморрагии, исчезновение их после появления признаков кровотечения, после применения обезболивающих и спазмолитических препаратов, а также питьевой соды свидетельствуют в пользу **кровотечения язвенной этиологии**.

Для кровотечений из опухолей желудка характерны короткий «желудочный» анамнез, тяжесть и тупые боли в эпигастральной области, похудание, снижение или отсутствие аппетита. При пальпации у многих больных определяется болезненность в эпигастрии, можно пропальпировать образование, увеличенную бугристую печень, выявить асцит. Типичными для кровоточащих опухолей высокой локализации (пищевод, желудок) являются рвота типа «кофейной гущи» или кровью, боль за грудиной, дисфагия.

Для опухолей нижних отделов желудочно-кишечного тракта характерны диспепсические расстройства, выделение крови при дефекации, болезненность при пальпации в проекции опухоли, пальпаторное определение опухоли через переднебоковую брюшную стенку или при пальцевом исследовании прямой кишки.

Эрозивный геморрагический гастрит и острые симптоматические язвы, осложненные профузным кровотечением, развиваются вследствие экзо- и эндогенной интоксикации, при различных заболеваниях. У большинства больных отмечается болезненность в эпигастральной области.

Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени характеризуются острым началом, обильной кровавой рвотой; у многих больных отмечается увеличение печени, похудание, снижение аппетита, слабость, расширение подкожных вен брюшной стенки, спленомегалия, асцит. «Кровавый» стул при геморрагиях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, рак желудка, гастроэзофагеальные флебэктазии) указывает обычно на массивное жизнеугрожающее кровотечение.

Дегтеобразный жидкий стул (мелена) обычно указывает на профузное кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта с тяжелой степенью кровопотери.

Оформленный стул черного цвета отмечается у больных с легкой и средней степенью кровопотери при кровотечениях из пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Выделение при дефекации неизмененной крови, смешанной с каловыми массами, характерно для заболеваний подвздошной и толстой кишки.

Ректальные геморрагии характеризуются выделением алой крови в виде брызг или больших сгустков.

На основании жалоб больного, данных анамнеза и объективного обследования можно предположить характер заболевания, послужившего источником кровотечения, и его локализацию. Для выбора метода лечения хирург должен уточнить:

- локализацию источника кровотечения;
- наличие или отсутствие кровотечения;
- степень устойчивости гемостаза;
- величину (степень тяжести) кровопотери;
- наличие рецидивов кровотечения в анамнезе;
- длительность постгеморрагического периода;
- возраст больного, наличие и тяжесть сопутствующей патологии.

В настоящее время ключевое место в диагностике и лечении желудочно-кишечного кровотечения занимает экстренная эзофагогастродуоденоскопия. Для диагностической эндоскопии применяют эндоскоп с торцевой оптикой, позволяющий выполнять панэндоскопию верхних отделов пищеварительного тракта (пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки).

Эндоскопическое диагностическое исследование выполняется на столе (эндоскопическом, операционном), который позволяет менять положение пациента во время эндоскопии, что помогает осмотреть все верхние отделы пищеварительного тракта даже при наличии в просвете большого количества крови.

При проведении эндоскопии фиксируют следующее:

- наличие крови в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке;
- ее количество и характер;
- источник кровотечения (локализация, размеры);
- признаки кровотечения: артериальное кровотечение (пульсирующее), подтекание венозной крови, свежий сгусток, красный тромб, тромб в состоянии ретракции, тромбированный сосуд, гематома вокруг источника, имбибиция гемосидерином.

При профузных кровотечениях целью диагностической эндоскопии является оценка уровня кровотечения (в пищеводе, желудке), что влияет на выбор оперативного доступа.

Для обобщения полученных данных пользуются классификацией язвенных гастродуоденальных кровотечений по Форресту (Forrest J., 1987):

- **F-I-A** – струйное (артериальное) кровотечение из язвы;
- **F-I-B** – капельное (венозное) кровотечение из язвы;
- **F-II-A** – тромбированные сосуды в дне язвы;
- **F-II-B** – сгусток крови, закрывающий язву;
- **F-II-C** – язва без признаков кровотечения;
- **F-III** – источников кровотечения не обнаружено.

В клинической практике принципиальное значение имеет определение эндоскопических признаков устойчивости гемостаза, которое во многом определяет хирургическую тактику.

Устойчивый гемостаз характеризуется отсутствием следов крови в желудке и двенадцатиперстной кишке, наличием в источнике кровотечения тромбированного сосуда белого цвета и отсутствием видимой пульсации сосуда в этом месте; в кратере язвы нет, дно кратера под фибрином.

Неустойчивый гемостаз — в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки обнаруживается свежая или измененная кровь, а в области источника кровотечения – сосуд с тромбом красного или коричневого цвета, рыхлый сгусток крови или пульсирующий сосуд. После установления источника кровотечения и его характера необходимо оценить возможность эндоскопической остановки. Разработано и применяется много методов лечебной эндоскопии у больных с желудочно-кишечными кровотечениями: орошение или обкалывание источника кровотечения гемостатическими, сосудосуживающими препаратами; инъекции масляных композиций; аппликации пенкообразующими полимерами, склерозирование и диатермокоагуляция.

Наиболее часто применяются:

- ***орошение капрофером*** (карбонильный комплекс трехслойного железа и аминокaproновой кислоты). При взаимодействии капрофера с кровью практически мгновенно образуется плотно фиксированный сгусток. При орошении препаратом большой площади слизистой оболочки капрофер обычно разводят аминокaproновой кислотой в соотношении 1:5;

- ***инъекционное введение изотонического раствора натрия хлорида, желатиноля*** для гидравлического сдавливания сосуда, для остановки кровотечения или как предварительный этап перед клипированием;

• **клипирование кровоточащего сосуда в язве.** Учитывая тот факт, что все хронические и калезные язвы имеют плотное дно, применяют клипсы с острым углом наклона зубцов, так как они глубже входят в дно язвы. Способ наложения, клипсы заключается во «вколачивании» ее в раскрытом виде возвратно-поступательными движениями в дно язвы на сосуд. Клипсы держатся 1-3 недели;

• **электрокоагуляция кровоточащего сосуда;**

• **аргоноплазменная коагуляция кровоточащего сосуда.**

Хотя все эти эндоскопические методы остановки кровотечения у больных с тяжелой сопутствующей патологией относятся к временным, при отказе больного от операции они являются и методом достижения окончательного гемостаза.

Степень тяжести кровопотери – комплексное клиническое понятие, совмещающее лабораторные и клинические показатели, характеризующие не только объем кровопотери, но и ее интенсивность во времени, а также особенность индивидуальной реакции организма больного на кровопотерю. В хирургической практике наиболее удобно оценивать тяжесть кровопотери по совокупности клинических и лабораторных данных (табл. 2), включая оценку параметров объема циркулирующей крови (ОЦК).

Наиболее точным показателем тяжести кровопотери являются данные ОЦК и его компонентов, особенно дефицита глобулярного объема (ГО) в процентном отношении от исходной величины. Дефицит ГО до 20 % мы оцениваем как легкую степень кровопотери; от 20 до 30 % – как среднюю степень кровопотери, а дефицит ГО от 30 % – как тяжелую степень кровопотери (см. табл. 2).

Дефицит ГО является наиболее стойким и достоверным показателем степени кровопотери, так как восстановление ГО происходит медленно. Нарастание дефицита ГО указывает на продолжающееся кровотечение, так как абсолютное содержание ГО не зависит от реакции гидремии.

Уровень гемоглобина, количество эритроцитов, частота сердечных сокращений и другие внешние признаки кровопотери в первые 6 часов от начала кровотечения не всегда точно отражают степень тяжести кровопотери.

Так, при средней степени тяжести кровопотери величина гемоглобина может колебаться от 80 до 100 г/л, количество эритроцитов – от 2,5 до $3,5 \times 10^{12}/л$, систолическое артериальное давление от 80 до 100 мм рт. ст.

С учетом вышесказанного разработаны алгоритмы действия врача на этапах эвакуации больного.

Лечебно-диагностическая помощь на **догоспитальном** этапе решает следующие задачи: выявление факта острой кровопотери, проведение неотложных лечебных мероприятий и обеспечение экстренной госпитализации в стационар.

Таблица 2

Определение степени тяжести кровопотери при желудочно-кишечных кровотечениях (по Горбашко А.И., 1974)

Клинико-лабораторные данные	I степень (легкая)	II степень (средней тяжести)	III степень (тяжелая)
Сознание	Не нарушено	Не нарушено	Спутанное
Бледность кожных покровов	Нет	Умеренная	Резкая
Частота сердечных сокращений в 1 минуту	Меньше 100	100 – 120	Больше 120
Систолическое АД, мм рт.ст.	Больше 100	80 – 100	Меньше 80
Центральное венозное давление, см вод.ст.	5 – 15	Меньше 5	0
Гемоглобин, г/л	Больше 100	80 – 100	Меньше 80
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	3,5	3,5 – 2,0	Меньше 2,0
Гематокрит, %	Больше 40	30 – 40	Меньше 30
Дефицит ГО, % от должного	20	20 – 30	Больше 30

Объем неотложной помощи:

- строгий носилочный режим, при коллапсе – положение Тренделенбурга;
- запрещение приема воды и пищи;
- пузырь со льдом на живот;
- при продолжающемся кровотечении или коллапсе – пункция или катетеризация периферической вены и внутривенное вливание плазмозамещающих растворов: вначале струйно, а после повышения артериального давления выше 80 мм рт.ст. – капельно;
- введение внутривенно 10 мл 10%-ного раствора кальция глюконата, 4 мл 1%-ного раствора викасола и 100 мл 5%-ного раствора эписилон-аминокапроновой кислоты;
- при критической гиповолемии, наряду с инфузионной терапией, введение вазоконстрикторов: 2 мл 0,1 %-ного раствора адреналина гидрохлорида, либо 2 мл 0,2 % раствора норадреналина, либо 0,5 мл 1%-ного раствора мезатона в 500 мл 5 % раствора глюкозы;
- проведение кислородотерапии через маску или носовые катетеры;
- экстренная эвакуация больного в стационар и проведение инфузионной терапии в пути следования.

Госпитальный этап. Действия хирурга при поступлении больных с желудочно-кишечным кровотечением должны быть четкими и организационно стандартными, с одной стороны, а с другой – индивидуализированными в выборе порядка, объема и содержания диагностических и лечебных мероприятий. Все перемещения больного с желудочно-кишечным кровотечением внутри стационара, связанные с диагностическими или лечебными мероприятиями, осуществляются только на каталке в положении лежа. Больных, находящихся в критическом состоянии вследствие тяжелой кровопотери, неустойчивой гемодинамики, доставляют сразу же в операционную, где проводят все диагностические мероприятия. В зависимости от выраженности проявлений кровотечения и тяжести состояния все больные с желудочно-кишечным кровотечением распределяются на три основные группы:

- *первая группа* – больные с явными признаками продолжающегося кровотечения и нестабильными показателями центральной гемодинамики, находящиеся в критическом состоянии. После предельно сокращенной гигиенической обработки больных направляют прямо в операционную, где

неотложные диагностические и лечебные мероприятия совмещают с предоперационной подготовкой;

- *вторая группа* – больные с выраженными признаками постгеморрагической анемии (тяжелая степень кровопотери), но без явных признаков продолжающегося кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта. Больных направляют в отделение реанимации и интенсивной терапии, где после постановки катетера в магистральную вену и начала интенсивной инфузионной терапии проводят комплексную диагностику основных нарушений общесоматического статуса, оценивают тяжесть кровопотери и составляют программу ее восполнения, ориентированную на реальные возможности обеспечения. Параллельно осуществляют диагностические мероприятия по распознаванию источника кровотечения, установлению факта его продолжения или остановки, а также лечебные мероприятия для достижения временного или устойчивого гемостаза при наличии более или менее убедительных признаков продолжающегося кровотечения;

- *третья группа* – больные с установленным (по анамнестическим и объективным данным) фактом перенесенного кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта, но с умеренными клиническими признаками постгеморрагической анемии или вообще без таковых. Больным этой группы необходимые лабораторные и аппаратные методы исследования проводят в условиях приемного отделения, а характер дальнейших диагностических и лечебных мероприятий зависит от категории лечебного учреждения.

Необходимо помнить, что желудочно-кишечные кровотечения склонны к рецидивам – чем тяжелее состояние больного, тем вероятнее рецидив (до 30 %).

Для всех больных, поступивших в хирургический стационар с желудочно-кишечным кровотечением или с обоснованным подозрением на этот диагноз, обязательным диагностическим мероприятием, определяющим лечебную тактику, является фиброэзофагогастродуоденоскопия. Исключения составляют больные *первой группы*, у которых продолжающееся профузное кровотечение в ряде случаев не позволяет выполнить эндоскопию даже на операционном столе. В остальных случаях сроки эндоскопического исследования определяются показаниями и организационными возможностями. При отсутствии дежурной эндоскопической службы необходимо организовать дежурство врача-эндоскописта на дому.

Если больной с кровотечением доставлен в стационар, где отсутствует эндоскопическая служба, то осуществляется вызов городской эндоскопической бригады.

Объем диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в стационаре:

- первоочередной осмотр ответственным дежурным хирургом;
- подсчет пульса, измерение АД, регистрация ЭКГ;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- исследование показателей периферической крови;
- определение гематокрита, удельного веса крови, показателей коагулограммы;
- определение группы крови и резус-фактора;
- мониторинг параметров гемодинамики;
- пункция и катетеризация центральных вен;
- определение ОЦК и его компонентов;
- катетеризация мочевого пузыря для контроля за почасовым диурезом;
- экстренное эндоскопическое исследование с попыткой гемостаза;
- введение в желудок холодного 5%-ного раствора эпсилон-аминокапроновой кислоты с помощью постоянного назогастрального зонда.

При лечении больных с острым желудочно-кишечным кровотечением различной этиологии необходимо придерживаться активной тактики, индивидуализированной по срокам, объему и характеру оперативного вмешательства.

По срокам выполнения операции подразделяют на **экстренные, ранние срочные и плановые**.

Экстренная операция выполняется больным с тяжелой степенью кровопотери (дефицит ГО 30 % и более) в любое время суток и независимо от того, продолжается кровотечение или остановилось, а также при продолжающемся кровотечении у больных со средней и легкой степенью кровопотери. Исключение могут составлять больные с тяжелой, сочетанной сопутствующей патологией, при лечении которых можно ограничиться консервативной терапией при остановившемся кровотечении. Из-за высокого риска операции у этой категории больных целесообразно вначале применение эндоскопических методов остановки кровотечения.

Ранняя срочная операция (утром, после ургентного дежурства) выполняется больным со средней (дефицит ГО от 20 до 30 %) и тяжелой степенью кровопотери, отказавшимся от экстренной операции в ночных условиях.

Консервативное лечение назначают больным с легкой кровопотерей (дефицит ГО до 20 %) или больным, поступившим в стационар с длительным по времени периодом геморрагии, с выраженной постгеморрагической анемией, с отсутствием симптомов продолжающегося кровотечения и с признаками устойчивого гемостаза, выявленными при эндоскопическом исследовании (наличие плотного белого тромба в язве). Оперативное вмешательство при наличии показаний выполняется в плановом порядке не ранее трехнедельного активного лечения в стационаре после перенесенного кровотечения, при условии восстановления адаптационно-компенсаторных механизмов и факторов неспецифической защиты. Тяжелая и средней тяжести кровопотери из хронической язвы желудка или двенадцатиперстной кишки с неустойчивым гемостазом служат основанием для проведения интенсивной терапии, направленной на восполнение кровопотери и стабилизацию общесоматического статуса в течение суток с последующим срочным оперативным вмешательством. Выполнение срочных операций через двое и более суток после геморрагической атаки значительно увеличивает риск развития инфекционных и других послеоперационных осложнений.

При тяжелой и средней степени тяжести кровопотерях из хронических гастродуоденальных язв с состоявшимся (в том числе и неустойчивым) гемостазом у больных старше 60 лет с декомпенсированными формами сопутствующих заболеваний, когда риск оперативного вмешательства конкурирует с риском рецидива кровотечения, предпочтительно применение эндоскопических методов достижения устойчивого гемостаза. Этим пациентам в течение 10 суток проводится активная терапия при ограничении двигательного режима, щадящей диете, противоязвенном лечении (H_2 -блокаторы, например, Квамател, метронидазол, Клион, висмутсодержащие препараты) и наблюдении в динамике. В комплексной терапии целесообразно применение 100 мкг октреотида однократно или 25 мкг/ч в течение 1 – 2 дней. Октреотид, повышая рН желудочного сока до 7,0 – 7,5, вызывает усиление агрегации тромбоцитов, что способствует спонтанному гемостазу и препятствует лизису тромба в дефекте сосудистой стенки при кровотечении. Тяжелая и средней степени тяжести кровопотерях из острых гастродуоденальных язв, а также при эрозивно-геморрагическом гастрите, гастродуодените, синдроме Мэллори – Вейсса, язвах Деллафуа, при состоявшемся (в том числе и неустойчивом) гемостазе служат основанием для применения эндоскопических методов окончательной остановки кровотечения. При этих состояниях достаточно травматичная операция обычно не

содержит в себе патогенетического компонента и, следовательно, не имеет преимуществ перед эндоскопическими методами гемостаза.

Риск возникновения рецидива кровотечения из вновь образующихся острых язв сохраняется и в том, и в другом случае. Угроза рецидива кровотечения тем выше, чем тяжелее степень кровопотери и больше размеры язвы.

По мнению И.И. Затевахина (1996), абсолютными критериями угрозы рецидива язвенного кровотечения являются:

- большая каллезная язва (более 3 см для желудочной язвы и более 2 см для дуоденальной язвы);
- гемоглобин ниже 60 г/л.

Эндоскопические методы гемостаза должны быть подкреплены консервативной гемостатической и общесоматической терапией. Выбор способа оперативного вмешательства при желудочно-кишечных кровотечениях должен быть индивидуализированным. Объем и характер оперативного вмешательства зависят:

- от характера патологического процесса, обусловившего кровотечение;
- функционального состояния больного;
- квалификации хирургической бригады;
- материального обеспечения оперативного вмешательства.

Оперативные вмешательства у больных с кровотечением должны выполнять наиболее опытные хирурги, так как нередко возникают клинические ситуации, требующие принятия нестандартных решений.

Резекция желудка при кровоточащей язве и эрозивно-язвенном гастрите является патогенетически обоснованной, но травматичной и значительной по объему операцией.

Показаниями к резекции желудка являются:

- хронические язвы желудка;
- пенетрирующие и стенозирующие язвы двенадцатиперстной кишки;
- множественные острые язвы и эрозии желудка;
- злокачественные опухоли.

Операция выполняется при условии, что больной сможет перенести ее. Следует выбирать тот способ резекции желудка, которым хирург владеет лучше.

При кровотечении из хронических или неустановленного характера язв желудка адекватным по объему вмешательством является резекция желудка с удалением язвы и гастринпродуцирующей зоны. Сомнение в доброкачественном характере язвы служит показанием к выполнению резек-

ции желудка по онкологическим принципам. В случае невозможности обеспечить все условия для выполнения типичной резекции желудка производят сегментарную резекцию с иссечением язвы или гастротомию с прошиванием кровоточащей язвы и внеорганной перевязкой левой желудочной артерии, если язва расположена в пределах ее бассейна. При сомнении в доброкачественном характере язвы производят биопсию. При синдроме Мэллори – Вейсса производят гастротомию с прошиванием линейного разрыва слизистой кардиального отдела желудка. Альтернативой резекции желудка при кровотечениях из хронических или острых язв двенадцатиперстной кишки (особенно «низких»), а также при эрозивно-геморрагическом гастрите у людей молодого и среднего возраста является гастродуоденотомия с прошиванием язв и эрозий, являющихся источниками кровотечения. Операцию завершают стволовой субдиафрагмальной ваготомией. При тех же обстоятельствах у людей пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями операция обычно ограничивается гемостатическим пособием. Целесообразность ваготомии сомнительна.

Органосохраняющие операции при острых желудочно-кишечных кровотечениях предусматривают:

- ликвидацию источника кровотечения иссечением или прошиванием кровоточащего сосуда;
- снижение агрессии кислотно-пептического фактора различными способами ваготомии (стволовой, селективной, проксимальной селективной);
- декомпрессию желудка с активной аспирацией с помощью зондов.

В послеоперационном периоде проводится противоязвенная терапия антисекреторными препаратами (H_2 -блокаторы гистаминовых рецепторов, ингибиторы протонной помпы), антацидами и препаратами, ускоряющими восстановление защитной функции слизистой оболочки.

Основные принципы лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями в послеоперационном периоде:

- восстановление объема циркулирующей крови;
- восстановление и стабилизация центральной гемодинамики;
- устранение нарушений микроциркуляции;
- лечение нарушений внешнего дыхания;
- профилактика и лечение гнойно-септических осложнений;
- механическая очистка кишечника для профилактики интоксикации и пареза;
- коррекция метаболических нарушений.

Методы консервативной терапии. Медикаментозная терапия показана всем больным, поступающим в стационар по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Для одних больных она будет являться предоперационной подготовкой, а для других – окончательным методом остановки кровотечения. Кроме того, иногда она является единственно возможным способом помощи больным с неизлечимыми системными заболеваниями и злокачественными опухолями при острых желудочно-кишечных кровотечениях; больным, отказывающимся от оперативного вмешательства и инструментальных способов остановки кровотечения, а также пациентам, у которых сопутствующие заболевания представляют большую угрозу для жизни, чем само кровотечение и сложные способы его остановки. Наконец, медикаментозные способы остановки кровотечения применяют в тех случаях, когда нет возможности использовать инвазивные способы. Консервативная терапия должна включать строгий постельный режим, диету (1-й стол), холод на живот, установка назогастрального зонда, применение гемостатических препаратов, инфузионной терапии, гемотрансфузии.

Местно вводят (через зонд или питье) 100 – 150 мл охлажденного раствора эILON-аминокапроновой кислоты, тромбина, а через зонд – 0,1%-ный раствор азотнокислого серебра или раствор капрофера, разведенный в 8 раз.

Инфузионно-трансфузионные мероприятия при кровотечениях подразделяют на **неотложные** (восстановление центральной гемодинамики, ликвидация острых нарушений свертываемости крови), **срочные** (восстановление микроциркуляции, диуреза и водно-электролитного обмена, ликвидация гипоксии и анемии), **отсроченные** (устранение гипопроотеинемии).

В.А. Климанский (1984) выделяет четыре основных объекта воздействия при лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями:

- центральную гемодинамику;
- микроциркуляцию;
- транскапиллярный обмен;
- дыхательную функцию крови.

Основные задачи инфузионно-трансфузионной терапии (Афендулов С.А. и др., 2001):

- устранение гиповолемии и коррекция расстройств центральной гемодинамики осуществляется кристаллоидными и коллоидными растворами;
- нормализация микроциркуляции и транскапиллярного обмена достигается применением реологически и онкотически активных сред;

- дефицит кислородной емкости крови восполняется при кровопотере, превышающей 20 % ОЦК, использованием дифференцированной крови, эритроцитарной массы, отмытых размороженных эритроцитов;

- общий объем инфузионной терапии при легкой кровопотере не превышает 1 л, при средней – 1,5 – 3 л, а при тяжелой и крайне тяжелой – 3 – 5 л;

- дефицит ОЦК восполняется в течение 6 часов на 60 – 70 %, а к исходу первых суток – полностью;

- суточная доза переливаемой крови не превышает 1 – 1,5 л;

- критериями темпа и адекватности инфузии служат данные гемодинамики и центрального венозного давления, темп диуреза, лабораторные показатели, характеризующие кислородную емкость крови и гемостаз.

В программе противоязвенной терапии ведущее место занимают блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов. Широкое применение H_2 -блокаторов основано на их способности эффективно ингибировать секрецию соляной кислоты как в базальную, так и в стимулированную фазу, тормозить синтез пепсина и, следовательно, снижать агрессивность желудочного сока. Кроме того, H_2 -блокаторы стимулируют кровоток в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки, усиливают слизиобразование и синтез простагландинов, стимулируют репаративные процессы. H_2 -блокаторы третьего поколения (фамотидин) обладают большей продолжительностью и селективностью воздействия на рецепторы желудка, не вступают в клинически значимое взаимодействие с цитохромом P-450 печени. В настоящее время в неотложной гастроэнтерологии широко применяется единственный на российском рынке фамотидин, выпускаемый в инфузионной форме, – квамател.

Основными задачами консервативной терапии при желудочно-кишечном кровотечении являются:

- достижение устойчивого гемостаза подавлением факторов агрессии, способствующих лизису сформировавшегося тромба;

- коррекция гемодинамических нарушений, обусловленных кровопотерей;

- стимуляция слизиобразования и коррекция гипермоторных нарушений, приводящих к ускоренной эвакуации кислого содержимого из желудка;

- создание физиологического покоя.

Антисекреторная терапия должна проводиться вне зависимости от наличия и степени секреторных нарушений. Выбор препарата обусловлен

необходимостью быстрого, эффективного и стойкого подавления кислотной агрессии, а также наличием лекарственных форм для парентерального введения. Из всех применяемых в настоящее время в России препаратов данным требованиям наиболее полно отвечает квамател (фамотидин), выпускаемый фармацевтической компанией «Гедеон Рихтер».

Холинолитики, H_2 -блокаторы (**циметидин и ранитидин**) не в состоянии обеспечить длительное и стойкое повышение рН, необходимое для стабилизации тромба, и существенно не влияют на уменьшение частоты рецидивов кровотечения, что показано в многочисленных исследованиях. Применение ингибиторов «протонной помпы» ограничено отсутствием зарегистрированных в России препаратов для парентерального введения и тем, что максимальный эффект при приеме капсулированных форм достигается лишь на четвертые сутки (хотя наибольшая частота рецидивов кровотечений наблюдается как раз в первые трое суток).

Таким образом, для достижения устойчивого гемостаза необходимо внутривенное введение кваматела по 20 мг 2-4 раза в сутки (в зависимости от степени кровопотери и выраженности эндоскопических изменений).

Наряду с препаратами, блокирующими выделение соляной кислоты, целесообразно применение цитопротективных средств: сукральфата (вентер) или препаратов висмута (де-нол, вентрисол). После достижения устойчивого гемостаза необходимо проведение эрадикационной терапии, по окончании которой решается вопрос о плановом оперативном лечении. В случае отказа пациента от операции проводится поддерживающая терапия. С учетом того, что ведущими патофизиологическими нарушениями у данной категории больных являются ослабление факторов защиты и гипермоторные нарушения, приводящие к ускоренной эвакуации кислого содержимого из желудка, в качестве поддерживающей терапии необходимо назначение цитопротективных средств или средств, стимулирующих регенерацию слизистой оболочки и слизеобразование (мизопростол), а также средств, нормализующих моторику.

Некоторым пациентам с повышенной секрецией соляной кислоты назначают антисекреторные препараты.

Соблюдение вышеизложенных принципов на всех этапах лечения позволяет добиться хороших результатов при лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями.

ПЕРФОРАТИВНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

Проблема хирургического лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки не потеряла своей актуальности до настоящего времени, так как частота встречаемости перфорации составляет 3 – 4 случая на 10000 населения. Перфоративные гастродуоденальные язвы занимают 5-е место среди других экстренных заболеваний органов брюшной полости, а летальность при этом осложнении достигает 6 – 8 %. Столь высокий процент летальных исходов объясняют быстрым развитием перитонита, поступлением больных в стационар в поздние сроки, а также возникновением сепсиса.

В последнее десятилетие число больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки возросло в 2,5 раза. Тенденция к увеличению числа больных с данной патологией сохраняется практически во всех регионах России. При этом неуклонно растет число женщин и больных пожилого возраста, у которых перфорация была первым проявлением язвенной болезни.

Этиология и патогенез перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время окончательно не выяснены. К основным этиологическим факторам относят:

- обострение язвенной болезни;
- бурный воспалительный процесс;
- пептический некроз тканей, который ускоряется расстройством кровоснабжения.

По мнению К.И. Мышкина и М.А. Лагуна (1983), перфорируют в основном хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, в области которых совершаются постоянные процессы иммуноморфологической перестройки тканей. Перфоративная язва чаще наблюдается у мужчин в возрасте 20 – 30 лет с кратким язвенным анамнезом (до 3 лет) или без такового (25 %) и располагается в 75 % случаев в двенадцатиперстной кишке, преимущественно перфорирует в осенний и весенний периоды. Перфорация развивается в 4 – 10 % всех случаев гастродуоденальных язв. 10 % перфоративных язв сопровождаются кровотечением.

Классификация. Различают перфорации хронических и острых язв. По локализации выделяют язвы желудка (малой кривизны, передней или

задней стенки, кардиальные, пилорические) и двенадцатиперстной кишки (бульбарные, постбульбарные). Прободение может быть *типичным* (85 %) – в свободную брюшную полость (классическая клиническая картина: кинжальная боль, напряжение мышц передней брюшной стенки, уменьшение кишечных шумов, резкая болезненность при пальпации); *атипичным* – в сальниковую сумку, между листками сальника, в забрюшинную клетчатку, в спайки, при сочетании перфорации с кровотечением; и *прикрытым* (клиника «смазана»).

Задача врача на **догоспитальном этапе** – диагностировать перфорацию и в экстренном порядке госпитализировать больного. Перед транспортировкой вводят желудочный зонд и без промывания удаляют желудочное содержимое. При тяжелом состоянии во время транспортировки проводят инфузионную терапию. *Запрещается введение обезболивающих.*

Клиническая картина и диагностика. Степень выраженности симптомов зависит от срока, прошедшего с момента перфорации (фазы развития).

I фаза – абдоминальный шок – до 6 часов после перфорации.

II фаза – мнимое благополучие – 6 – 12 часов после перфорации.

III фаза – разлитой перитонит – после 12 часов после перфорации.

I фаза. При перфорации в свободную брюшную полость характерна острая (кинжальная) боль в эпигастрии. При прикрытой перфорации острые боли быстро стихают. При перфорации в малый сальник характерны локализованные боли, не имеющие тенденции к распространению. Сочетание перфорации с кровотечением проявляется сильным болевым синдромом и кровавой рвотой.

При забрюшинной перфорации наблюдаются поясничные боли (в последующем развивается забрюшинная флегмона). Вынужденное положение на правом боку с поджатыми к животу ногами, холодный пот, поверхностное дыхание, втянутый и неподвижный живот, резкое напряжение мышц живота («доскообразный» живот), крайне резкая его болезненность. Симптом Щеткина – Блюмберга резко положителен. Перкуторно отсутствует печеночная тупость, над печенью «тимпанит».

II – III фазы. В фазе мнимого благополучия боли стихают. С нарастанием интоксикации заостряются черты лица (лицо Гиппократ), появляются сухость во рту, тахикардия, вздутие живота, отсутствуют перистальтические шумы. Болезненность при пальцевом исследовании прямой кишки. При прикрытой перфорации напряжение мышц уменьшается, сохраня-

ется болезненность в правом подреберье. Перфорация в сочетании с кровотечением проявляется картиной перитонита и нарастающей анемизацией.

Обследование на госпитальном этапе. *Клинический анализ крови:* прогрессивно нарастает лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, токсическая зернистость нейтрофилов. *Общий анализ мочи:* появляются белок, цилиндры, лейкоциты. *ЭКГ* необходимо выполнять всем пациентам старше 40 лет для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда.

Рентгенологическое исследование. Обзорную рентгенографию брюшной полости в латеропозиции проводят для выявления свободного газа. При обзорной рентгенографии выявляется воздух в брюшной полости в 75 – 85 % случаев. Для диагностики прикрытой перфорации производят *пневмо-гастрографию*: по зонду из желудка удаляют содержимое, а затем в положении больного на левом боку в желудок вводят 500 – 700 мл воздуха. Подтверждением диагноза является обнаружение свободного газа в брюшной полости.

Фиброгастродуоденоскопия позволяет уточнить локализацию язвы и выявить даже атипичные формы перфорации. В сомнительных случаях показана лапароскопия (диагностическая может переходить в лечебную).

Лечение. После установления диагноза больного сразу направляют в операционную. При тяжелом состоянии (в стадии разлитого перитонита) совместно с анестезиологом проводят интенсивную терапию в течение 1 – 2 ч и после этого – операцию. Главная цель операции – спасти жизнь больному.

Выбор метода операции. Вид и объем оперативного вмешательства определяют строго индивидуально в зависимости от времени, прошедшего с момента перфорации, выраженности перитонита, возраста пациента, характера и тяжести сопутствующей патологии. Различают паллиативные операции (ушивание прободного отверстия с иссечением язвы или без иссечения) и радикальные (резекция желудка, ваготомия).

Резекция желудка может быть выполнена при пенетрирующих, стенозирующих и подозрительных на малигнизацию язвах желудка, а также при сочетании перфорации с кровотечением в первые 6 ч после перфорации и при отсутствии перитонита, а также при соответствующем оснащении и квалификации оперирующей бригады. Выбор способа резекции желудка должен быть индивидуализированным и зависит от возраста пациента, локализации язвы, характера желудочной секреции и т.д.

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, выполняя пилороластику по Гейнике – Микуличу. Любую операцию следует завершать постановкой двух зондов: один заводится в двенадцатиперстную кишку за зону перфорации (для питания), другой — в просвет желудка (для активной декомпрессии).

Ушивание показано у пациентов молодого возраста без язвенного анамнеза, а также, при наличии разлитого перитонита, сроке прободения более 6 ч, тяжелых сопутствующих заболеваниях. *Перфоративные язвы* обычно ушивают однорядным швом в поперечном направлении, с последующей фиксацией к линии швов пряди сальника. Язвы желудка с большим диаметром перфоративного отверстия предпочтительнее ушивать по Оппелю – Поликарпову с аппликацией пряди сальника.

Забрюшинные перфорации выявляют по наличию воздуха в парадуоденальной клетчатке и по пропитыванию ее желчью. Для ушивания такой язвы необходима предварительная мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. После ушивания клетчатку дренируют из люмботомического доступа.

Ушивание перфоративной язвы с использованием эндовидеохирургических технологий (лапароскопия) возможно в первые 3 – 4 ч от момента перфорации, при локализации язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки, при отсутствии обширной зоны инфильтрации, при соответствующей подготовке хирургов и технической оснащенности операционной.

При выборе способа операции следует учитывать, что юношеские язвы после их ушивания склонны к заживлению (80 %), а язвы желудка у больных пожилого возраста – к малигнизации. При язве желудка биопсия является обязательной. Необходимо учитывать не только переносимость больным оперативного вмешательства, но и возможность операционной бригады и анестезиологической службы.

Операцию выполняют под эндотрахеальным наркозом. Обязательный элемент операции – тщательная санация и дренирование брюшной полости. Любую операцию следует завершать постановкой двух зондов: один

(для питания) заводится в двенадцатиперстную кишку за зону перфорации, другой – в просвет желудка для активной декомпрессии.

Послеоперационное ведение аналогично таковому у больных после операций на желудке и больных с перитонитом.

Применение малоинвазивных хирургических технологий открывают новые возможности в лечении перфоративных гастродуоденальных язв. Выполнение операции при данном заболевании чисто лапароскопическим методом зачастую сопровождается некоторыми техническими трудностями.

Мы располагаем опытом лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки с сочетанием видеолапароскопии для диагностики и санации брюшной полости и мини-доступа для ушивания перфоративной язвы с помощью разработанного М.И. Прудковым комплекта инструментов. Методика, при необходимости, позволяет выполнить и ваготомию на этапе лапароскопии.

В 2000 – 2005 гг. нами в экстренном порядке минимально-инвазивным методом было выполнено 46 операций. Все больные оперированы сразу после поступления в сроки от 1 до 5 часов от начала заболевания под эндотрахеальным наркозом. Среди оперированных все были мужчины от 18 до 35 лет. У всех пациентов диагноз перфоративной язвы был выставлен в дооперационном периоде по клинико-диагностическим данным.

Техника операции. После обработки операционного поля в одной из параумбиликальных точек вводили 10 мм троакар и накладывали пневмоперитонеум CO₂ 10 мм рт. ст. При видеолапароскопии уточняли диагноз перфоративной язвы, ее локализацию, оценивали степень поражения и распространенности инфицированного выпота по брюшной полости.

После этого в правом подреберье выполняли минилапаротомию длиной 3 – 4 см. Для визуализации использовали набор ретракторов и локальное освещение, используемое при холецистэктомии из мини-доступа. Ушивали перфоративное отверстие по принятой методике однорядным швом в поперечном направлении с фиксацией пряди сальника.

По завершении указанного этапа в правой мезогастральной области вводили второй манипуляционный троакар (5 мм).

Для санации брюшной полости использовали стандартную лапароскопическую ирригационно-аспирационную систему. Санация брюшной полости заключалась в эвакуации экссудата и промывании мест его скопления.

Операцию завершали установкой зонда в желудок для декомпрессии, дренажа в подпеченочном пространстве, при необходимости, и в малый таз.

В послеоперационном периоде пациенты получали ненаркотические анальгетики, противоязвенную терапию; после выхода из состояния наркоза – это через 2 – 3 часа после операции, больные вставали, ходили.

Осложнений со стороны органов брюшной полости, операционной раны, а также летального исхода не было. Длительность госпитализации в хирургическом стационаре составляла 6 – 7 дней. Дальнейшее противоязвенное лечение проходило в условиях гастроэнтерологического отделения.

Консервативный способ лечения перфоративных язв применяют только при невозможности выполнения операции (отказ больного, решение консилиума врачей, отсутствие технической возможности). Может быть применен метод консервативного лечения по Тейлору: положение Фовлера, постоянная зондовая аспирация желудочного содержимого, дезинтоксикационная терапия, антибиотикотерапия, холод на живот.

ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ

Пилородуоденальный стеноз относится к рубцовым осложнениям язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и может быть излечен только хирургическим путем, а развитие декомпенсированного стеноза является жизненным показанием к выполнению хирургического вмешательства. Рубцовое или воспалительно-спастическое сужение пилородуоденального канала обычно развивается на почве язвенной болезни у больных с многолетним «язвенным стажем», а некоторые больные в прошлом перенесли ушивание прободной язвы. Рубцовое перерождение привратника приводит к его ригидности, несмыканию, что создает условия для дуоденогастрального рефлюкса. Проникающая в желудок желчь ощелачивает слизистую оболочку антрального отдела, стимулирует выброс гастрина и этим усиливает выработку соляной кислоты и пепсина. Возникает антральный гастрит, а иногда язва желудка. Создаются благоприятные условия для рецидива язвы двенадцатиперстной кишки.

Стенозирование при длительном язвенном анамнезе происходит почти у половины больных. *Компенсированные* формы стеноза легко поддаются консервативной терапии. *Субкомпенсированный* стеноз является показанием к плановой операции. Запущенный (*декомпенсированный*) стеноз по своей сути является высокой кишечной непроходимостью, и для спасения жизни пациента требуется экстренная операция. Сходная с декомпенсированным стенозом клиническая картина может возникнуть у больных и при операциях на верхних отделах желудочно-кишечного тракта при неправильном послеоперационном ведении пациентов, особенно часто при анастомозите.

Классификация. Стадии стеноза определяются степенью выраженности клинических, рентгенологических, биохимических и эндоскопических изменений.

I стадия – компенсированный стеноз.

II стадия – субкомпенсированный стеноз.

III стадия – декомпенсированный стеноз.

При компенсированном стенозе больные отмечают лишь тошноту, чувство тяжести в эпигастриальной области, отрыжку, изжогу, что существ-

венно не сказывается на общем состоянии больного. *Рентгенологически:* желудок умеренно увеличен, перистальтика усилена, умеренное сужение пилоруса, **задержка эвакуации бария до 12 часов**. *При фиброгастродуоденоскопии:* рубцовая деформация пилорoduоденального канала до 1,5 – 1,0 см, тонус тела и выходного отдела желудка в норме, тонус привратника повышен, усилена моторика антрального отдела, явления его спазма.

Субкомпенсированный стеноз. Чувство тяжести становится мучительным, беспокоят икота, отрыжка кислым, тошнота, изредка рвота застойной пищей, урчание в животе, слабость, жажда. При объективном осмотре отмечают похудание, обезвоживание, снижение тургора кожи, бледность и обложенность языка. Перкуторно – желудок увеличен, иногда отмечают «шум плеска» и видимая глазом перистальтика.

Рентгенологически: желудок значительно расширен, натошак содержит жидкость, имеет форму чаши, перистальтика ослаблена, выраженное сужение привратника, **задержка эвакуации бария от 12 до 24 часов**. Желудок растянут, содержит жидкость. Пилорoduоденальный канал сужен до 1 – 0,5 см.

Декомпенсированный стеноз характеризуется нарастающей слабостью, постоянной жаждой, отрыжкой тухлым, рвотой съеденной накануне пищей и иногда судорогами (ахлоропривная тетания). Объективно отмечают нарастание общей слабости, похудание и обезвоживание, понижение тургора кожи, бледность и обложенность языка. Желудок резко увеличен, иногда отмечают «шум плеска» и видимая глазом перистальтика.

Рентгенологически: резкая эктазия желудка, много жидкости натошак, пилорический канал резко сужен или не заполняется, **задержка эвакуации бария более 24 часов**, перистальтики нет. *При фиброгастродуоденоскопии:* желудок резко расширен, много жидкости, атрофия слизистой оболочки, эрозивный гастрит, рубцово-суженный канал до 0,1 см. Тонус, моторика и секреция желудка резко снижены.

Декомпенсированный стеноз привратника сопровождается обильными рвотами, что приводит к развитию острой внеклеточной дегидратации. Наблюдаются все симптомы дегидратации: первоначальная олигурия прогрессирует до полной анурии, быстро развиваются протрация, гипотензия и ахлоропривная тетания. Различают по степени тяжести три формы ахлоропривной тетании:

- **легкая** – головная боль, парестезия, бессонница, судороги малых групп мышц (пальцы);
- **средняя** – усиление судорог (конечности, лицо, туловище);

– **молниеносная форма** – сгущение крови, уремия, менингеальные симптомы, клонические судороги.

Летальность – до 90 %. Многократные рвоты приводят к потере желудочного сока и, прежде всего, соляной кислоты, а также калия, что вызывает компенсаторное повышение содержания в крови HCO_3 , ведущее к развитию алкалоза. При длительных некомпенсируемых потерях жидкости алкалоз становится декомпенсированным: регистрируется повышение не только уровня бикарбоната натрия в плазме крови, но и pH. В большей степени этому способствует потеря водородного иона. Снижается содержание хлоридов плазмы крови (85 – 75 ммоль/л). С течением времени прогрессирует и гипокалиемия, в результате чего наблюдавшийся первоначально гипохлоремический алкалоз становится и гипокалиемическим. Объем плазмы уменьшается, повышается концентрация белков в плазме. При значительных внешних потерях жидкости уменьшается масса тела, так как даже незначительное ее снижение (на 4 – 5 %) означает потерю у внеклеточной жидкости и свидетельствует о тяжелом нарушении водно-электролитного баланса. Нарушения гомеостаза столь выражены, что их коррекция должна проводиться в реанимационном отделении и должна быть направлена на ликвидацию дефицита электролитов внеклеточной жидкости и устранение гипотензии. Можно использовать гипертонические растворы натрия хлорида, при необходимости – с добавлением небольшого количества бикарбоната натрия. Такое лечение довольно быстро восстанавливает осмолярность плазмы и интерстициальной жидкости, однако допустимо лишь как кратковременная и ограниченная мера (введение 300 – 350 мл раствора натрия хлорида в течение 6 – 8 ч).

Введение бикарбоната натрия в объеме, не превышающем 1/3 объема вводимого солевого раствора, назначают только при наличии метаболического ацидоза. После того как осмолярность плазмы повысится, назначают 1%-ный раствор калия хлорида (до 4 – 5 г калия в сутки) для повышения его содержания во внеклеточном пространстве. Лечение калием особенно важно при метаболическом алкалозе. Характер и объем дальнейшей терапии зависят от эффекта, достигнутого при проведении первоначальных мер.

Дополнительные методы исследования:

- клинический анализ крови;
- общий анализ мочи;

- биохимические анализы крови (функциональные пробы печени, коагулограмма, определение уровней содержания мочевины, белков и их фракций, электролитов крови);

- электрокардиограмма;

- рентгеноконтрастное динамическое исследование желудка;

- фиброгастродуоденоскопия.

Лечение. Язвенный гастродуоденальный стеноз – абсолютное показание к операции, так как излечение консервативными мерами невозможно, а прогрессирование стеноза усугубляет тяжесть состояния больного и становится опасным для жизни. При компенсированном и субкомпенсированном стенозе вид операции соответствует оперативным вмешательствам, проводимым при неосложненных формах язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Цели операции:

- Устранение препятствия на пути продвижения пищи из желудка в кишечник. Стойкое подавление кислото- и пепсинопродуцирующей функции желудка.

- Удаление стенозирующей язвы с восстановлением гастродуоденального или формированием гастроеюнального пассажа.

- При декомпенсированном стенозе из-за значительного угнетения моторной функции желудка показана резекция желудка, ваготомия нежелательна. При очень тяжелом состоянии больного с декомпенсированным стенозом и невозможности радикальной операции показано выполнение дренирующей желудок операции – гастроеюностомии.

Необходимо помнить, что при декомпенсированном стенозе, хотя операция жизненно необходима больному, **ее нельзя выполнить сразу** при поступлении пациента в стационар. Выполнение операции без предоперационной подготовки больного в течение 3 – 5 дней с полной коррекцией водно-электролитного баланса может привести к его смерти на «операционном столе» или в раннем послеоперационном периоде. Особенно это относится к больным с ахлоропривной тетанией.

Предоперационную подготовку необходимо проводить в палате интенсивной терапии или лучше в отделении реанимации:

- Вначале выполняют промывание желудка через толстый зонд изотоническим раствором хлорида натрия или раствором Рингера – Локка до «чистой воды».

- Затем проводят диагностическую фиброгастродуоденоскопию, в конце которой, под контролем зрения, ставят катетер за зону стеноза (для

зондового питания) и тонкий желудочный зонд (для декомпрессии желудка). Зонд и катетер выводят через нос. Прием пищи исключается. Назначают обильное питье с налаживанием постоянной аспирации через декомпрессионный зонд.

- Производят катетеризацию центральной вены для коррекции:

- 1) водного и электролитного состава крови;
- 2) углеводного обмена (вливание до 500 мл 10 – 20%-ного раствора глюкозы с адекватным количеством инсулина – 1 ЕД на 4 г глюкозы);
- 3) белкового баланса (введение плазмы крови, протеина, альбумина);
- 4) волевических нарушений (введение реополиглюкина, альвезина, декстранов);
- 5) нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы;
- 6) авитаминоза (введение витаминов С, К, группы В);
- 7) анемии – переливание крови;
- 8) восполнения значительной потери жидкости, достигающей 6 – 8 л (при условии равномерного круглосуточного введения);
- 9) энтерального питания со вторых суток с целью значительного снижения объема интрузионной терапии.

Продолжительность, объем и характер предоперационной подготовки зависят от степени стеноза и возникших вследствие этого нарушений гомеостаза.

В послеоперационном периоде необходимо пристальное внимание к восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника, а также коррекция водно-электролитных, белковых, волевических нарушений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В неотложной хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки результат лечения больного зависит от усилий не только хирургов, но и анестезиологов, гастроэнтерологов, терапевтов. Коллективная работа отнюдь не снижает индивидуальной ответственности каждого члена коллектива: оперирующего хирурга, ассистента, анестезиолога, медицинской сестры, эндоскописта. Очень важна единая стратегия лечения данной категории больных.

Единая тактика лечения не умаляет индивидуальных способностей хирурга, наоборот, в экстренной ситуации, особенно при желудочно-кишечном кровотечении, лидерство должен взять на себя самый опытный хирург, чтобы принять единственно верное решение. Мастерство хирурга заключается не столько в способности поставить точный диагноз или безупречно выполнить хирургическое вмешательство, сколько в умении определить необходимость проведения операции и предвидеть ее последствия для больного, возможность развития того или иного осложнения, принять необходимые меры для их предупреждения.

Вместе с тем за последнее десятилетие произошло резкое увеличение абсолютного и относительного количества больных с такими грозными осложнениями язвенной болезни, как кровотечение и перфорация, что говорит о необходимости более разумного подхода к медикаментозной терапии. Необходимо строго соблюдать критерии эффективности консервативного лечения и отбора больных на плановые операции, что поможет снизить количество этих грозных осложнений. И последнее. Увеличение количества больных с такой тяжелой патологией, как кровотечения и перфорации, приводит к значительным финансовым затратам при лечении больных данной группы, и этот вопрос также требует решения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Афендулов, С. А. Диагностика и лечение больных острыми гастродуоденальными кровотечениями : учеб.-метод. пособие / С.А. Афендулов, А.Д. Смирнов, Н.А. Краснолуцкий [и др.]. – Липецк: НЛМК, 2001. – 35 с.
2. Борисов, А. Е. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости / А.Е. Борисов, В.П. Земляной, В.П. Акимов [и др.]. – СПб. : ЭФА, 2000. – 162 с.
3. Горбашко, А. И. Острые желудочно-кишечные кровотечения / А.И. Горбашко. – Л. : Медицина, 1974. – 240 с.
4. Горбашко, А. И. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений / А.И. Горбашко [др.]. – Л. : ЛенГИДУВ, 1982. – 22 с.
5. Григорьев, П. Я. Современные представления об этиологии и патогенезе язвенной болезни / П.Я. Григорьев, В.А. Исаков // Вестн. АМН СССР. – 1990. – № 3. – С. 60 – 64.
6. Гринберг, А. А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / А.А. Гринберг, И.И. Затевахин, А.А. Щеголев. – М. : Принэкспресс, 1996. – 149 с.
7. Климанский, В. А. Трансфузионная терапия при хирургических заболеваниях / В.А. Климанский, Я.А. Рудаев. – М. : Медицина, 1984. – 255 с.
8. Кузьмин-Крутецкий, М. И. Сравнительная оценка эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях желудочно-кишечного тракта / М.И. Кузьмин-Крутецкий [и др.] // Сб. работ науч.-практ. ежегодной конф. Ассоциации хирургов Санкт-Петербурга. – СПб., 2000. – С. 84 – 88.
9. Курыгин, А. А. Ваготомия в нестандартных ситуациях абдоминальной хирургии / А.А. Курыгин [и др.]. – СПб. : Гиппократ, 1997. – 160 с.
10. Мышкин, К. И. Перфоративные гастродуоденальные язвы / К.И. Мышкин, М.А. Лагун. – М., 1983.
11. Прудков, М. И. Мини-лапаротомия с элементами «открытой лапароскопии» в лечении желчнокаменной болезни : дис. д-ра мед. наук / Прудков М.И. – М., 1993.
12. Савельев, В. С. Лапароскопические вмешательства в неотложной хирургии: состояние проблемы и перспективы / В.С. Савельев, А.Г. Кригер // Эндоскопическая хирургия. – 1999. – № 3. – С. 3 – 6.

13. Сажин, А. В. Лапароскопические операции в лечении прободных язв двенадцатиперстной кишки / тез. докл. IV Всерос. съезда эндоскоп. хирургии / А.В. Сажин, В.П. Жалобенко, Д.И. Карлов // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – Т. 7. – № 2. – С. 54.
14. Сасукевич, В. Н. Факторы риска осложнений гастродуоденальных язв / В.Н. Сасукевич, Д.В. Сасукевич. – М. : Либерия, 1999. – 416 с.
15. Слесаренко, С. С. Малоинвазивные хирургические технологии в лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки / С.С. Слесаренко [и др.] // Эндоскопическая хирургия, 1997. – № 1. – С. 98.
16. Черноусов, А. Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. – М. : Медицина, 1996.
17. Юдин, С. С. Этюды желудочной хирургии / С.С. Юдин. – М. : Медгиз, 1955. – 264 с.
18. Agrez M.V., Henry D.A., Senthiselvan S., Duggan J.M. Changing trends in perforated peptic ulcer during the past 45 years // Aust. NZ J. Surg. – 1992. – № 62. – P. 729 – 732.
19. Corrago F. et al. Clinical controlled trial of Somatostatin with Ranitidine and placebo in the control of peptic hemorrhage of the ulcer gastrointestinal tract // Digestion. – 1989. – № 43. – P. 190 – 195.
20. Eriksen B.O., Garpestad O.K., Sondena H., Burhol P.G. Peptic ulcer patterns in Arctic Norway // Clin. Gastroenterology. – 1995. – Vol. 20. – № 2. – P. 100 – 103.
21. Hbgel J., Rieker R.J., Eisele R., Schmid E. Influence of age, comorbidity, type of operation and other variables on lethality and duration of post-operative hospital stay in patients with peptic ulcer. An analysis of 303 surgically treated patients // Langenbecks Arch. Chir. – 1996. – Vol. 381. – P. 201 – 206.
22. Paimela H., Joutsu T., Kiviloto T., Kivilaakso E. Recent trends in mortality from peptic ulcer disease in Finland // Dig. Dis. Sci. – 1995. – Vol. 40. – P. 631 – 635.
23. Primates P., Goldacre M.J., Seagroatt V. Changing patterns in the epidemiology and hospital care of peptic ulcer // Int. J. Epidemiol. – 1994. – Vol. 23. – № 6. – P. 1206 – 1217.
24. Tilvis R.S., Vuoristo M., Varis K. Changed profile of peptic ulcer disease in hospital patients during 1969-1984 in Finland // Scand. J. Gastroent. – 1987. – Vol. 22. – P. 1238 – 1244.

25. Ozmcn Y., Muslumanoglu M, Igci A., Bugra D. Laparoscopic treatment of duodenal ulcer by bilateral truncal vagotomy and endoscopic ballon dilatation // J. Laparoendosc. Surg. – 1995. – № 2. – P. 6.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Острые желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии.....	6
Перфоративные гастродуоденальные язвы	21
Пилородуоденальный стеноз	27
Заключение	32
Библиографический список.....	33

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск – зав. кафедрой профессор Л.Т. Сушкова

Печатается в авторской редакции

Технический редактор Н.В. Тупицына

Корректор В.В. Гурова

Компьютерная верстка Е.Г. Радченко

Подписано в печать 20.10.06.

Формат 60x84/16. Бумага для множит. техники. Гарнитура Таймс.

Печать на ризографе. Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 2,21. Тираж 80 экз.

Заказ

Издательство
Владимирского государственного университета.
600000, Владимир, ул. Горького, 87.