

ГОУ ВПО
ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ
(МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ)

А. В. Щербатых

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ
по факультетской хирургии
со стандартами лечебно-диагностической
помощи при острой хирургической патологии
(Часть 1)

Издание седьмое, переработанное и дополненное

Рекомендуется
Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию
вузов России в качестве учебного пособия
для студентов медицинских вузов
(УМО-245 28. 04. 05)

Иркутск
2010

УДК 617
ББК 54. 5 я73

Рецензенты:

Почетный заведующий кафедрой госпитальной хирургии №1
Российского государственного медицинского университета,
д-р мед. наук, проф. **Ю. А. Нестеренко**;
Заслуженный врач РФ, академик РАЕН, академик МАНЭБ, зав. каф. общей
хирургии Красноярского государственного медицинского университета,
д-р мед. наук, профессор **Ю. С. Винник**;
Зав. каф. госпитальной хирургии Читинской государственной медицинской
академии, д-р мед. наук, проф. **Н. И. Богомолов**.

Щербатых А. В.

Щ61

Клинические лекции по факультетской хирургии со
стандартами лечебно-диагностической помощи при острой
хирургической патологии. Ч. 1 / А. В. Щербатых. – Изд. 6-е,
перераб. и доп. – Иркутск : Иркут. гос. мед. ун-т, 2009. – 168 с.

Настоящий курс клинических лекций по факультетской хирургии со стандартами лечебно-диагностической помощи при острой хирургической патологии охватывает не все нозологические формы хирургических заболеваний. Основная цель этого издания – научить студента правильному подходу к больному, клиническому мышлению и четкой организации диагностических и лечебных мероприятий у больных с острой хирургической патологией на всех этапах оказания медицинской помощи. В некоторые лекции включены разделы по эндохирургии данной нозологической формы. Полезными для студентов также считаю рассмотрение вопросов экспертизы временной нетрудоспособности.

Представленные протоколы не отражают всей полноты оказания помощи больным с острой хирургической патологией органов брюшной полости. Они ни в коем случае не заменяют соответствующие учебные пособия и не могут служить справочным материалом при оказании медицинской помощи. Целью лечебно-диагностических протоколов является выработка у студентов и будущих врачей-хирургов четких тактических алгоритмов при работе с хирургическими больными.

УДК 617
ББК 54. 5 я73

Учебное издание

Щербатых Андрей Викторович

**Клинические лекции по факультетской хирургии со стандартами
лечебно-диагностической помощи при острой хирургической патологии**

Часть 1

Подписано в печать 05. 09. 08. Формат 60х90 1/16. Усл. -изд. л. 10,8. Усл. печ. л. 10,3. Тираж 1000 экз.

Отпечатано в Издательстве Иркутского государственного университета
664003, г. Иркутск, бульвар Гагарина, 36; тел. (3952) 24–14–36.

© Щербатых А. В., 2009

© Иркутский государственный медицинский
университет, 2009

ОГЛАВЛЕНИЕ

Лекция 1. История кафедры факультетской хирургии Иркутского государственного медицинского университета.....	4
Лекция 2. Острый аппендицит.....	12
Лекция 3. Хронический аппендицит.....	35
Лекция 4. Грыжи брюшной стенки.....	39
Лекция 5. Желчно-каменная болезнь.....	61
Лекция 6. Острый холецистит.....	77
Лекция 7. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.....	91
Лекция 8. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.....	105
Лекция 9. Острая кишечная непроходимость.....	136
Лекция 10. Острый панкреатит.....	151

Лекция 1

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ИРКУТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА



ПРОМТОВ
Инноцентий Александрович

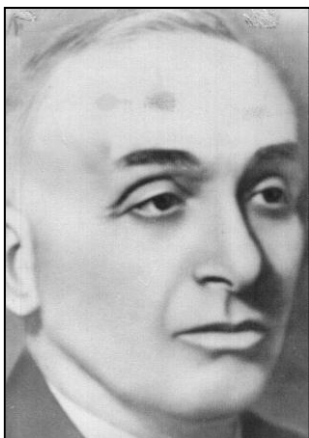
Клиника факультетской хирургии в г. Иркутске была организована в 1920 г. на базе госпиталя красного креста. Организатором ее был Иннокентий Александрович Промтов, который был ведущим хирургом медицинской службы Восточно-Сибирской железной дороги.

В годы Великой Отечественной войны И. А. Промтов успешно работал в нейрохирургическом эвакуационном госпитале. За самоотверженный труд ему было присвоено звание заслуженного врача РСФСР.

В 1922 году на базе клиники была создана кафедра факультетской хирургии. Ее организатором и *первым заведующим с 1922 по 1927 г. был приват-доцент, а затем профессор Владимир Семенович Левит.*

В. С. Левит родился в городе Прилуки в 1883 г. В 1906 г. окончил медицинский факультет Кенигсбергского университета. В том же году был приглашен хирургом в Ардатовскую земскую больницу. После защиты докторской диссертации в 1914 г. становится заведующим хирургическим отделением Симбирской губернской больницы. В 1919 г. В. С. Левит избирается доцентом факультетской хирургической клиники Томского университета, а в 1922 г. – заведующим кафедрой факультетской хирургии Иркутского университета.

В период заведования клиникой и кафедрой В. С. Левит создает современную хирургическую клинику с клинической лабораторией и экспериментальным отделением. В клинике проводятся экспериментальные работы, которые опровергают теорию Фишера, рекомендовавшего удалять надпочечники при эпилепсии. В. С. Левит впервые в России оперировал больного с двусторонним эхинококкозом легких. В этот период в клинике разрабатывались проблемы эндемии зоба в Прибайкалье и лечение патологии желудка. Итогом этой работы была монография «О зобе в Прибайкалье». Проводятся работы по изучению заболеваний вегетативной нервной системы и разра-



ЛЕВИТ
Владимир Семенович

ботка методов их лечения. Результаты этих работ были доложены на Всероссийских съездах хирургов в 1924 и 1925 г. г.

В. С. Левит был одним из главных организаторов и редактором хирургического отдела вновь созданного «Иркутского медицинского журнала», активным организатором и участником съезда врачей Восточной Сибири, состоявшемся в 1925 году. Под его руководством и редакцией были изданы труды этого съезда.

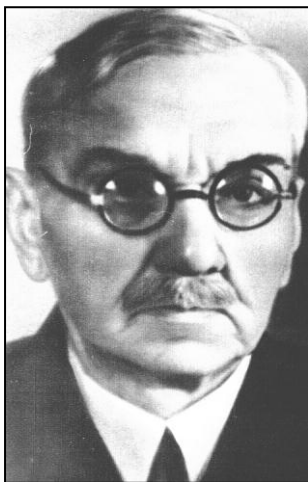
В 1926 г. В. С. Левит был избран на должность заведующего кафедрой госпитальной хирургии 2 Московского медицинского института.

Во время Великой отечественной войны он был главным хирургом Московского округа, а с 1942 г. – первым заместителем главного хирурга Советской Армии. С 1950 г. В. С. Левит – главный хирург Центрального военного госпиталя им. П. В. Мандрика. В течение многих лет Владимир Семенович был председателем Московского общества хирургов, членом Международного общества хирургов, членом редакционной коллегии журналов «Новая хирургия», «Русская клиника», «Хирургия», редактором хирургического отдела первого издания Большой медицинской энциклопедии, редактором и автором 17 тома «Огнестрельные ранения и повреждения конечностей (суставы)», труда «Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 г. «.

Под руководством Левита В. С. защищено 10 докторских и 23 кандидатских диссертации. Им написано около 120 научных работ.

В. С. Левит выдающийся хирург страны, внесший значительный вклад в развитие отечественной хирургии. Ему присваивается почетное звание заслуженного деятеля науки, генерал-лейтенанта медицинской службы.

В 1927 г. кафедру возглавил Константин Петрович Сапожков.



САПОЖКОВ
Константин Петрович

К. П. Сапожков родился в 1874 г. в Сестрорецке. В 1898 году окончил медицинский факультет Варшавского университета. В период Первой мировой войны К. П. Сапожков был призван на военную службу и работал в должности старшего ординатора военного госпиталя. В 1915 г. он был переведен в Петроград, где сначала работал в нейрохирургическом госпитале, позднее – штатным ординатором госпитальной хирургической клиники Военно-медицинской академии, а затем был избран ассистентом одной из клиник Института усовершенствования врачей. В этот период К. П. Сапожков работал под руководством крупнейшего хирурга страны С. П. Федорова. После защиты докторской диссертации Константин Петрович получил должность прозектора и доцента при кафедре оперативной хирургии Ленинградского института медицинских знаний. В 1927 году он избирается заведующим кафедрой факультетской хирургии Иркутского университета.

В эти годы в клинике и на кафедре работали доценты З. Т. Сенчилло-Явербаум, П. Д. Колченогов, ассистенты Н. Г. Мантров, В. С. Семенов, В. С. Соломатов, А. И. Саенко, О. Н. Захвалинская, И. А. Майзлис, В. М. Фомина, Р. М. Гавричкова, М. С. Станкевич, В. И. Румянцева. Ординаторами клиники были М. А. Коляева, А. В. Костицина, а после демобилизации из армии в клинику пришли З. В. Андриевская и Т. Д. Беспалова.

К. П. Сапожковым предложены способы закрытия слюнных и каловых свищей, сагиттальное рассечение диафрагмы при оперативном лечении рака желудка, способ наложения пищеводно-кишечного анастомоза, гастростомы, закрытия культи 12-перстной кишки и т. д. В это время в клинике разрабатывались методы лечения больных с аневризмами сосудов и повреждениями периферической нервной системы. При участии сотрудников кафедры в клинике были разработаны вопросы хирургического лечения больных с травматическими аневризмами и повреждениями периферической нервной системы. Были проведены интересные научные работы о влиянии нейротомии при лечении больных грудной жабой. Научные работы сотрудников этого периода содержат новые подходы к традиционным методам и отражают оригинальность и изобретательность их авторов.

В период Великой Отечественной войны сотрудники клиники оказывали помощь раненым в госпиталях Иркутской области. К. П. Сапожков участвовал в создании института ортопедии и травматологии г. Иркутска. Он был областным онкологом и членом Ученого совета Министерства здравоохранения РСФСР. На протяжении 25 лет он возглавлял областное хирургическое общество.

К. П. Сапожков создал свою научную школу. Профессорами и заведующими кафедрами стали его ученики З. Т. Сенчилло – Явербаум, В. С. Гейнац, доцентами П. Д. Колченогов, Н. Т. Мантров и другие.

В 1946 г. К. П. Сапожков был удостоен звания – заслуженный деятель науки. Правительство высоко оценило заслуги К. П. Сапожкова в развитии отечественной хирургии, наградив его орденом Трудового Красного Знамени и медалями. Своими трудами он сыграл большую роль в развитии хирургии в Иркутске и стал известен как выдающийся хирург нашей страны.

С 1952 года кафедру возглавил профессор Борис Дмитриевич Добычин. Б. Д. Добычин родился в 1898 г. в г. Соснице Черниговской области. В 1922 г. он окончил медицинский факультет Харьковского университета. Первые 5 лет работал врачом на периферии Черниговской области. В 1927 г. в качестве интерна Б. Д. Добычин переходит в клинику выдающегося отечественного хирурга В. А. Оппеля, где проявляет большой интерес к научно-исследовательской работе. В 1934 г. Б. Д. Добычин переходит на кафедру оперативной хирургии, где под руководством известного профессора А. Ю. Сосон-Ярошевича работает до 1939 г. в качестве ассистента, а затем – доцента. За успешную разработку методики и техники операции Лериша при заболеваниях периферических сосудов ему была присвоена степень доктора медицинских наук.



ДОБЫЧИН
Борис Дмитриевич

В 1939 г. Б. Д. Добычин был призван в армию, где последовательно занимает ряд руководящих должностей, в том числе и начальника кафедры оперативной хирургии Куйбышевской военно-медицинской академии. С первых дней Великой Отечественной войны Б. Д. Добычин был в действующей армии. Свой огромный опыт военно-полевой хирургии он отразил в двух главах «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.»

До прихода Б. Д. Добычина в клинику факультетской хирургии она располагала 75 койками, рентгенологическим отделением, клинической, биохимической, бактериологической лабораториями, кабинетом функциональной диагностики. С приходом его на кафедру получает развитие грудная хирургия, нейрохирургия, онкология, травматология, анестезиология. Бориса Дмитриевича по праву можно считать пионером грудной хирургии на Дальнем Востоке.

При его непосредственном участии в клинике были организованы онкологическое и нейрохирургическое отделения, которые впоследствии выделились в самостоятельные специализированные учреждения. Под непосредственным руководством Б. Д. Добычина впервые в г. Иркутске используется эндотрахеальный наркоз, а затем создается анестезиологическое отделение.

Впервые в Восточном регионе в клинике начинают проводиться исследования по проблеме патологии периферических сосудов. Выполняется работа по дифференциальной диагностике облитерирующего эндартериита (А. В. Серкина) и его комплексному лечению (В. М. Фомина). Учитывая социальную важность проблемы, при клинике создается консультативный диагностический центр и выделены специализированные койки в стационаре. Эти мероприятия положили начало оказанию специализированной помощи больным с сосудистой патологией в г. Иркутске.

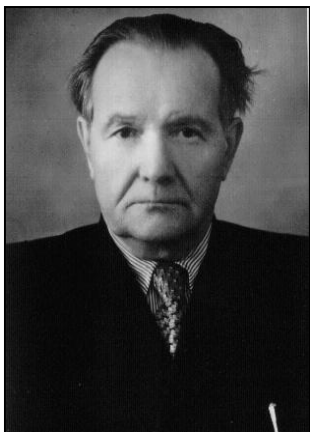
Ближайшими помощниками профессора Б. Д. Добычина в его многогранной деятельности были доценты Т. П. Высоцкая, С. Т. Чекан, ассистенты А. В. Серкина, В. М. Фомина, Р. М. Гавричкова, М. С. Станкевич, ординаторы клиники К. С. Оверина, Н. В. Годвинский.

В разные годы в клинической ординатуре обучаются Л. И. Рыбалко, В. К. Толстая, Е. Е. Литасова, Л. С. Лебедева, К. В. Лужнов, Ю. Н. Дюков, Л. С. Кораиди, в аспирантуре – В. Н. Бойцов, И. И. Снегирев.

Б. Д. Добычин – автор более 100 научных работ. Под его руководством защитили кандидатские диссертации – А. В. Серкина, Л. С. Лебедева, В. К. Толстая, К. В. Лужнов, В. Н. Бойцов, И. И. Снегирев, И. П. Петяев, докторские – А. В. Серкина, К. П. Высоцкая, С. Т. Чекан.

За свой неутомимый труд Б. Д. Добычин был награжден орденом Ленина, Отечественной войны 1 и 2 степеней, Красной звезды и многими медалями

В 1962 г. клинику возглавил профессор Степан Тимофеевич Чекан.



ЧЕКАН
Степан Тимофеевич

С. Т. Чекан родился в Н. -Рождественке Томской области в 1902 году. В 1928 г. окончил медицинский факультет Томского университета. До 1932 г. работал на периферии Томской области, а затем в течение двух лет обучался в клинической ординатуре при 2-й хирургической клинике Томского медицинского института под руководством известного хирурга, профессора А. Г. Савиных

После окончания ординатуры С. Т. Чекан вплоть до 1941 г. заведует хирургическим отделением городской больницы г. Киселевска. В период Великой Отечественной войны он служил на кораблях и в госпиталях Тихоокеанского флота. После защиты кандидатской диссертации с 1947 г. работал ассистентом, а затем до-

центом кафедры госпитальной хирургии Иркутского медицинского института.

Коллективом клиники факультетской хирургии продолжают совершенствоваться оперативные вмешательства на сердце, легких, крупных магистральных сосудах, пищеводе. Получает развитие проктология. Организуется палата интенсивной терапии и реанимации, оснащенная современной аппаратурой. Особое внимание уделяется изобретательской и рационализаторской деятельности, что позволило создать новые диагностические аппараты и инструменты. Сотрудниками клиники и кафедры в этот период были доценты К. П. Высоцкая, А. В. Серкина, ассистенты Л. И. Рыбалко, В. К. Толстая, Л. С. Лебедева, К. В. Лужнов, В. А. Урусов, В. Н. Бойцов, ординаторами клиники – И. М. Кадесникова, К. С. Оверина, Т. Д. Беспалова, В. К. Сердюкова, клиническим ординатором Н. Р. Зеленин.

Сотрудниками клиники в этот период было издано 8 сборников научных трудов. Под руководством профессора С. Т. Чекана выполнены и защищены 1 докторская и 5 кандидатских диссертаций.

В 1973 году в течение 2,5 месяцев кафедрой руководил **профессор Алексей Алексеевич Крохолов**. А. А. Крохолов родился в 1932 году. Избран по конкурсу на должность заведующего кафедрой факультетской хирургии 16 августа 1973 года. Уволен по собственному желанию 5 ноября 1973 года. С этого времени исполняющим обязанности заведующего кафедрой факультетской хирургии был доцент Лужнов Константин Васильевич.

В 1974 г. заведующим кафедрой был избран профессор **Анатолий Ануфриевич Реут**, окончивший Саратовский медицинский институт. К этому времени в клинике и на кафедре сложился коллектив из опытных клиницистов и педагогов – доцент К. В. Лужнов, ассистенты В. И. Усова, Л. И. Рыбалко, Л. С. Лебедева, В. К. Толстая, позже пришли ассистенты Б. Б. Буинов, Н. П. Лужнов, С. В. Афанасьев, А. С. Ушаков, С. М. Кузнецов, А. В. Щербатых, В. Я. Булыгин.

В клинике в это время работали ветераны хирургической клиники – заведующая отделением И. М. Кадесникова, В. К. Сердюкова, К. С. Оверина, М. Г. Быстров, анестезиологи Э. А. Зорина, В. А. Алексеев, И. В. Васильев. Высокий профессиональный уровень сотрудников клиники и кафедры позволил по-новому подойти к решению многих вопросов лечебной, научной и педагогической деятельности. Учитывая, что клиника факультетской хирургии является учебной базой института, вся работа коллектива была переориентирована на максимальное обеспечение учебного процесса. В связи с этим были определены научные и практические направления работы клиники.



РЕУТ
Анатолий Ануфриевич

Основными направлениями работы клиника стали гастроэнтерология, проктология и краевая патология. Начали разрабатываться различные варианты резекций желудка при язвенной болезни (Б. Б. Буинов, С. В. Афанасьев). В факультетской клинике одной из первых в Иркутске и области стали выполнять органосохраняющие операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в том числе и при таких её осложнениях, как кровотечение и перфорация (А. С. Ушаков).

Большим разделом работы коллектива клиники этого периода были исследования по малоизученной патологии – хронической дуоденальной непроходимости (Г. Ф. Жигаев, А. В. Щербатых, А. Н. Хэ). Комплексные исследования всего коллектива клиники по этой проблеме позволили решить ряд важных практических задач и пересмотреть ранее сложившееся мнение о этиопатогенетических факторах некоторых заболеваний желчного пузыря, поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки. С учетом этого были предложены новые или усовершенствованы ранее известные операции при патологии этих органов. Итогом работы по этой проблеме была успешно защищенная в 1991 году в г. Саратове докторская диссертация ассистентом Г. Ф. Жигаевым.

Практическое развитие и научное обоснование получила проктология. Были разработаны теоретические и практические принципы хирургического лечения хронического парапроктита (Н. П. Лужнов), полипов прямой и толстой кишок (С. М. Кузнецов). Учитывая социальную значимость этой патологии, при клинике был организован консультативно-диагностический центр проктологии, а в стационаре выделены специализированные койки.

Проведено изучение причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости (С. В. Соколова).

Для теоретического обеспечения научной и практической деятельности коллектива кафедры и клиники факультетской хирургии возникла необходимость разработки основ клинической иммунологии. С этой целью были подготовлены специалисты в этом разделе (Н. В. Соловьева) и организована иммунологическая лаборатория. Начали изучаться иммунодефицитные состояния при ряде патологических процессов и их коррекция, что позволило значительно

улучшить исходы оперативных вмешательств при язвенной болезни (Н. Н. Погадаев).

Получило дальнейшее развитие изучение патологии щитовидной железы, что отражено в докторской диссертации Б. Б. Буинова (1994 г.).

Разработка новых направлений и необходимость повышения современного уровня знаний студентов вызвали необходимость обеспечения клиники современной лечебно-диагностической аппаратурой и инструментарием. На основе этого были созданы кабинеты эндоскопии, ультразвуковой диагностики, криохирургии. Расширились возможности функциональной диагностики.

А. А. Реут председатель проблемной комиссии «ХИРУРГИЯ» при Иркутском государственном медицинском университете, почетный член ассоциации хирургов Иркутской области, заслуженный врач России. На протяжении многих лет он возглавлял областное хирургическое общество. Под руководством профессора А. А. Реута выполнены и защищены 3 докторских и 17 кандидатских диссертаций.

С 1 сентября 2001 года приказом ректора А. А. Реут переведен на должность профессора кафедры факультетской хирургии.

Приказом ректора Иркутского государственного медицинского университета № 04–375 от 29.08.2001 года на должность заведующего кафедрой факультетской хирургии, профессора с

01.09.2001 года назначен доктор медицинских наук Андрей Викторович Щербатых.



ЩЕРБАТЫХ

Андрей Викторович

А. В. Щербатых родился 6 октября 1958 года в городе Ангарске Иркутской области. В 1975 году, после окончания школы, поступил и 1 год учился в Иркутском политехническом институте на факультете «Автоматизация химических процессов». Летом 1976 года после окончания сессии забрал документы в политехническом институте и поступил в Иркутский медицинский институт и в 1982 году его окончил по специальности

– лечебное дело. Во время обучения институте активно занимался в кружке общей и оперативной хирургии и топографической анатомии в течение 4 лет. После окончания института и интернатуры по хирургии 4 года работал ординатором в МСО-28 города Ангарска. В 1987 году поступил в очную аспирантуру на кафедру факультетской хирургии Иркутского медицинского института и в 1990 году ее закончил, защитив кандидатскую диссертацию на тему «Рефлюкс – гастрит при хронической дуоденальной непроходимости». С 1 апреля 1990 года

по 31 августа 2001 года работал ассистентом кафедры факультетской хирургии. 19 мая 2000 года А. В. Щербатых защитил докторскую диссертацию на тему «Функциональные нарушения двенадцатиперстной кишки у больных с патологией органов гепатогастродуоденальной зоны».

1 февраля 2004 года приказом главного врача факультетских клиник Иркутского государственного медицинского университета назначен на должность директора хирургической клиники.

21 октября 2004 года на Ученом совете ИГМУ избран в звание профессора и 15 декабря 2004 года утвержден в этом звании Министерством образования России.

Хирург высшей категории, член ассоциации хирургов Иркутской области, заместитель главного редактора Сибирского медицинского журнала.

С 2006 года приказом ректора назначен проректором по учебной работе ИГМУ.

А. В. Щербатых автор и соавтор 274 научных и учебно-методических работ, из них 7 монографий и 5 учебных пособий, утвержденных УМО, 2 авторских свидетельств и 10 патентов на изобретения Российской Федерации.

Под редакцией А. В. Щербатых издано учебное пособие для врачей «Основные аспекты инфузионно-трансфузионной терапии на современном этапе», учебное пособие для студентов «Клинические лекции по факультетской хирургии со стандартами лечебно-диагностической помощи при острой хирургической патологии – часть 1» и «Клинические лекции по хирургии – часть 2», «Клинические лекции по онкологии» и др. Под руководством А. В. Щербатых защищены 4 кандидатские диссертации.

Подводя итоги работы факультетской хирургической клиники можно без преувеличения сказать, что все эти годы люди, составляющие в целом коллектив клиники и кафедры, самоотверженно выполняли свой профессиональный долг и этим оказали большое влияние на развитие хирургии в Восточно-Сибирском регионе и подготовку врачебных кадров. Своим трудом они способствовали престижу и авторитету Иркутского государственного медицинского университета.

Лекция 2

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Введение

Острый аппендицит – самое частое заболевание из неотложной хирургической патологии органов брюшной полости. Ежегодно в странах Союза Независимых Государств производится около 1,5 млн. аппендэктомий. Летальность при этом заболевании составляет в среднем 0,2–0,3 %. Важность знания диагностики острого аппендицита обуславливается ещё и тем, что клиническая картина его часто вариабельна и схожа с другими заболеваниями.

В последние годы отмечается значимое снижение заболеваемости острым аппендицитом:

- 1969 г. – 51 аппендэктомия на 10 тыс. населения;
- 2000 г. – 20,4 аппендэктомий на 10 тыс. населения.
- Также отмечается снижение количества аппендэктомий по поводу катарального аппендицита:
- 1969 г. – 27–30 % аппендэктомий при катаральном аппендиците;
- 2000 г. – 7–13 % аппендэктомий при катаральном аппендиците (Совцов И. А., 2002).

Острый аппендицит по своей сущности является неспецифическим острым воспалением червеобразного отростка, вызываемым преимущественно возбудителями гнойной инфекции (кишечная палочка, стафилококк и др.).

Энтерогенная инфекция червеобразного отростка, по-видимому, возможна лишь при определенной степени снижения барьерной функции эпителия и его слизистой оболочки, которое может быть обусловлено нарушениями регионарного кровообращения (спазм, парез, тромбоз сосудов брыжейки червеобразного отростка), повышением интралюминарного давления в его просвете (аппендикулярная обструкция), механической травмой слизистой оболочки (инородные тела, глистная инвазия) и, возможно, другими, еще не выясненными причинами.

Практическая необходимость классификации острого аппендицита обусловлена существенным различием содержания оперативного вмешательства и исходов лечения в зависимости от характера патологических изменений в червеобразном отростке и прилежащих органах. Кроме того, классификация необходима для однозначного подхода к статистическому анализу диагностики и лечения острого аппендицита.

С современной точки зрения, попытки классификации острого аппендицита, основанные на этиологических и патогенетических признаках возникновения заболевания, представляются оправданными, однако в практической работе они мало приемлемы, т. к. клиническая аргументация различий этих признаков часто недостаточно убедительна.

Запросам практической хирургии и потребностям научного анализа в наибольшей степени удовлетворяет классификация, в основу которой положены критерии морфологических изменений в червеобразном отростке и особенности клинического течения.

В соответствии с этими классификационными признаками по характеру морфологических изменений в червеобразном отростке следует различать про-

стой (поверхностный), флегмонозный, гангренозный и перфоративный аппендицит. Каждая из этих форм острого аппендицита может быть неосложненной, т. е. ограничиваться изменениями только в самом червеобразном отростке, и осложненной – сопровождаться различными по характеру и тяжести патологическими изменениями в близлежащих органах и тканях. Это находит свое отражение в клинике заболевания и в значительной степени определяет объем и характер лечения.

Клиническая классификация острого аппендицита представляется более трудной и, может быть, менее отчетливой. Однако совершенно необходимо по характеру клинических проявлений заболевания выделять типичные и атипичные формы острого аппендицита. По своему клиническому течению каждая из этих форм может быть прогрессирующей, медленно прогрессирующей и бурно прогрессирующей с различной степенью выраженности общих и местных клинических симптомов.

Клинико-морфологическая классификация острого аппендицита

I. По характеру морфологических изменений:

1. Простой (поверхностный, катаральный) аппендицит;
2. Флегмонозный аппендицит;
3. Гангренозный аппендицит;
4. Перфоративный аппендицит.

II. По распространенности морфологических изменений:

1. Неосложненный;
2. Осложненный:
 - а) аппендикулярным инфильтратом;
 - б) аппендикулярным абсцессом;
 - в) местным перитонитом;
 - г) разлитым перитонитом, захватывающим две и более анатомические области брюшной полости;
 - д) другие осложнения (забрюшинная флегмона, пилефлебит, межкишечные абсцессы и т. д.).

III. По клиническим проявлениям:

1. С типичной клинической картиной;
2. С атипичной клинической картиной:
 - а) с дизурическими расстройствами;
 - б) с симптомами заболеваний желчевыводящих путей;
 - в) с диареей;
 - г) с гипертермией;
 - д) с признаками тяжелой гнойной интоксикации,

IV. По клиническому течению:

- 1) быстро регрессирующий;
- 2) непрогрессирующий;
- 3) медленно прогрессирующий;
- 4) бурно прогрессирующий.

Клиника острого аппендицита

Несмотря на то, что воспаление червеобразного отростка относится к группе острых хирургических заболеваний, острый аппендицит начинается постепенно.

Нередко заболевание начинается с общего недомогания, анорексии, тошноты, диффузных болей в животе, обычно объясняемых больными имеющимся метеоризмом. Иногда к этим симптомам присоединяются рвота, жалобы на головную боль, задержку стула и газов. Вскоре после появления этих симптомов ведущими в клинической картине заболевания становятся боли, локализующиеся в эпигастрии, области пупка, правом подреберье, реже в области таза и поясницы. По прошествии нескольких часов боль смещается в правую подвздошную область (**симптом Волковича–Кохера**). Боли в животе – обязательный признак острого аппендицита.

Локализация болей в правой подвздошной области для типичного приступа острого аппендицита является наиболее частым и характерным симптомом. И, хотя известно, что болевые ощущения аналогичной локализации могут быть обусловлены другими причинами (до 30), следует помнить, что эти причины болей в правой подвздошной области встречаются во врачебной практике реже, чем острый аппендицит.

Локализация начальных болей в эпигастральной области независимо от расположения червеобразного отростка более свойственна деструктивным формам аппендицита. Боли обычно постоянного характера, различной локализации, усиливаются при движении больного, кашле и физическом напряжении.

Особенностью болевых симптомов при остром аппендиците является то, что боли, отмечающиеся в области расположения червеобразного отростка, обычно никуда не иррадиируют, за исключением тех случаев, когда имеет место тазовое, подпеченочное или ретроцекальное расположение отростка и отмечается иррадиация боли соответственно в правую лопатку, паховую область, мошонку, правую ногу.

Другие клинические проявления воспаления червеобразного отростка – тошнота, рвота, задержка стула и газов – возникают довольно часто, но не являются постоянными для этого заболевания. Наличие этих симптомов указывает на высокую вероятность деструктивных изменений в червеобразном отростке.

Во всех случаях, когда обследуется больной с жалобами на боли в животе неопределенного характера и локализации, необходимо прежде всего исключить острый аппендицит с атипичным клиническим течением.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Обследование больного с острым аппендицитом позволяет выявить наиболее существенные объективные признаки заболевания. Внимательный осмотр передней брюшной стенки иногда обнаруживает некоторое отставание или неподвижность ее правой половины при дыхательных экскурсиях. Помимо этого, при осмотре живота необходимо обращать внимание на его форму, размеры, наличие ассиметрии. Эти признаки могут быть полезными и в дифференциальной диагностике.

Анализ состояния передней брюшной стенки проводится пальпаторно, по принципу сравнительного исследования, и его нужно начинать с поверхностной пальпации, позволяющей обнаружить изменения в тоне мускулатуры различных областей. Пальпация должна проводиться в определенной последовательности: – вначале определяется степень напряжения мышц в участке, наиболее отдаленном от места болевых ощущений (левая подвздошная область), затем проводится пальпация в эпицентре болей (правая подвздошная область). На

наличие воспалительного процесса в брюшной полости указывает напряжение мышц передней брюшной стенки.

Необходимо помнить, что напряжение мышц передней брюшной стенки при остром аппендиците может отсутствовать в следующих случаях:

1. Если больной обследуется тотчас после начала заболевания, т. е. в самом раннем периоде развития острого аппендицита.
2. При тазовом, ретроцекальном и забрюшинном расположении червеобразного отростка.
3. У пожилых и истощенных больных.

После поверхностной пальпации обычно переходят к выявлению симптомов, которые считаются характерными для острого аппендицита. Таких симптомов в настоящее время насчитывается свыше 100, но следует знать, что патогномичного симптома при остром аппендиците нет. Наибольшее значение имеют и используются во врачебной практике лишь несколько из них. К ним, прежде всего, относятся симптомы Волковича–Кохера, Щеткина–Блюмберга, Ситковского, Воскресенского.

Симптом Щеткина–Блюмберга. В положении больного на спине или левом боку надавливают на переднюю брюшную стенку пальцами кисти с последующим их быстрым снятием. Симптом считается положительным при появлении или усилении болей в момент снятия пальцев.

Симптом Ситковского. Больного, находящегося в положении на спине, просят повернуться на левый бок и при этом отмечается появление или усиление болей в правой подвздошной области.

Симптом Воскресенского («симптом рубашки»). При быстром скольжении давящей на брюшную стенку руки от мечевидного отростка в правую подвздошную область усиливается болезненность в области расположения червеобразного отростка.

Симптом Раздольского. В положении больного на спине производят легкую перкуссию передней брюшной стенки. При этом отмечается усиление болей в правой подвздошной области.

Симптом Бартомье-Михельсона. В положении больного на левом боку пальпируют правую подвздошную область. При этом отмечается усиление болей.

Симптом Образцова. Вытянутыми пальцами правой руки слегка придают брюшную стенку в правой подвздошной области и просят больного поднять выпрямленную правую ногу. Симптом считается положительным, если при поднятии ноги усиливаются боли в правой подвздошной области.

Значение перечисленных выше симптомов в диагностике острого аппендицита различными авторами оценивается по-разному. Однако почти все единодушны в том, что болезненность, напряжение мышц и положительный симптом Щеткина в правой подвздошной области являются кардинальными признаками типично протекающего острого аппендицита (триада Мондора).

Необходимость в рентгенологическом обследовании, электрокардиографии и применении других методов исследования возникает обычно при специальных показаниях. Однако каждому больному, у которого подозревается острый аппендицит должно быть проведено тщательное обследование с общими анализами крови и мочи, а также измерением температуры тела в подмышечной области и, при необходимости, в прямой кишке.

Такое целенаправленное обследование необходимо не только для всесторонней оценки общего состояния больного, которая позволяет избрать наиболее рациональную тактику лечения, но и для дифференциальной диагностики, необходимость в которой возникает при обследовании каждого больного с острым аппендицитом.

В зависимости от характера клинических проявлений, воспаление червеобразного отростка необходимо дифференцировать с заболеваниями желудка (острый гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), желчного пузыря и внепеченочных желчных путей (острый холецистит, острый холангит), острым панкреатитом, острым энтероколитом, воспалением и перфорацией дивертикула Меккеля, острой кишечной непроходимостью, заболеваниями женской половой сферы (острый эндометрит, острое воспаление придатков матки, нарушенная внематочная беременность, разрывы и кровоизлияния яичника), почечнокаменной болезнью, правосторонней почечной коликой и др.

Особенности клинического течения некоторых форм острого аппендицита

Ретроцекальный аппендицит

Ретроцекальный аппендицит – это острое воспаление червеобразного отростка, расположенного позади слепой кишки. Если червеобразный отросток при подобном расположении не ограничен спайками и сращениями, а лежит в ретроцекальном кармане, свободно сообщаящемся с полостью брюшины то клинические проявления воспаления аппендикулярного отростка обычно не отличаются от типичного течения заболевания.

Особенности клинического течения ретроцекального аппендицита возникают главным образом в тех случаях, когда отросток, расположенный в ретроцекальном кармане, ограничен от свободной брюшной полости спайками и замурован в них (В. И. Колесов, 1972). В этих случаях заболевание начинается с возникновения обычно умеренных болей в правой половине живота и поясничной области, иногда над гребнем подвздошной кости, нередко сопровождаемых рвотой. Боли могут иррадиировать в паховую область, правое бедро, область таза.

Обследование больного дает скудные данные: напряжения брюшной стенки нет, симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный, может отмечаться лишь умеренная болезненность при глубокой пальпации в правой подвздошной области.

При прогрессировании процесса общее состояние больного ухудшается: появляются признаки гнойной интоксикации, нарастает лейкоцитоз, повышается температура тела. Часто в моче появляются свежие эритроциты, белок, единичные гиалиновые цилиндры.

В этих случаях следует обратить внимание на местные симптомы, свойственные ретроцекальному аппендициту:

- болезненность при давлении пальцем в области треугольника пети справа (симптом Розанова);
- болезненность при давлении пальцем на область правого поперечного отростка II-III поясничного позвонка (симптом Пунина);
- болезненность в правой подвздошной области при поколачивании по ХП ребру справа (симптом Варламова).

При возникновении гнойного процесса в периаппендикулярных тканях возникает «псоас-симптом» – болезненность при разгибании согнутой в тазобедренном суставе правой нижней конечности.

Острый аппендицит при беременности

Острый аппендицит у беременных встречается в 0,7–1,2 % наблюдений (В. И. Савельев, 1986). Около 25,0 % наблюдений острого аппендицита у беременных женщин приходится на последние 6 месяцев беременности. Выделение аппендицита у беременных обусловлено тем, что ряд признаков, присущих острому аппендициту (боль, рвота, лейкоцитоз) может иметь место при обычном течении беременности и, таким образом, приводить к диагностическим ошибкам.

Течение аппендицита в первой половине беременности существенно не отличается от течения острого аппендицита вне беременности. Во второй половине беременности эпицентр абдоминальных болей расположен несколько выше и латерально вследствие смещения и, возможно, некоторого оттеснения червеобразного отростка. Вследствие растяжения передней брюшной стенки увеличенной маткой локальное напряжение мышц выражено слабо.

Исследования крови мало помогают в диагностике, т. к. повышение количества лейкоцитов у беременных – явление физиологическое. При определении показаний к операции необходимо иметь в виду, что на фоне беременности осложненные формы аппендицита протекают особенно тяжело. Поэтому червеобразный отросток должен быть удален в ранние сроки от начала заболевания. Аппендэктомия по поводу острого аппендицита показана независимо от сроков беременности. В отношении обезболивания во время операции у беременных следует предпочесть общую анестезию.

Особое внимание обращает на себя острый аппендицит в родах. Так, если роды протекают нормально при клинической картине катарального или флегмонозного аппендицита, то необходимо быстрое естественное родоразрешение и затем произвести аппендэктомию. Если на фоне нормального течения родов имеется клиническая картина гангренозного или перфоративного аппендицита, то необходимо временно купировать сократительную деятельность матки, произвести аппендэктомию и затем вновь стимулировать родовую деятельность.

Независимо от сроков родоразрешения больную для аппендэктомии и последующего послеоперационного ведения необходимо перевести в хирургическое отделение, где она должна наблюдаться как хирургом, так и гинекологом.

Острый аппендицит у детей

Острый аппендицит у детей отмечается значительно реже, чем у взрослых и чаще у детей старше 5 лет. Это объясняется тем, что до 5-летнего возраста червеобразный отросток имеет воронкообразную форму, способствующую хорошему опорожнению отростка, а также тем, что лимфоидный аппарат червеобразного отростка в этот период жизни развит еще слабо.

Острый аппендицит у детей протекает более бурно, чем у взрослых. Это обусловлено слабыми пластическими свойствами детской брюшины и недостаточным развитием сальника. Необходимо отметить, что иногда дети не могут четко локализовать боли в животе. Рвота у детей в отличие от взрослых чаще бывает многократной. Характерной является поза больного ребенка. Он лежит на правом боку или на спине, приведя ноги к животу и положив руку на правую

подвздошную область и защищает ее от осмотра врачом. Температура тела, как правило, повышена и может достигать 38 °С.

Чаще всего у детей приходится дифференцировать острый аппендицит с острой плеввропневмонией, острым гастроэнтеритом, пищевыми токсикоинфекциями, геморрагическим васкулитом (болезнь Шенлейн–Геноха).

У детей хирургическая тактика должна быть более активной, чем у взрослых. Аппендэктомия всегда выполняется под общей анестезией. При неосложненном аппендиците чаще используют разрез Волковича–Дьяконова. Следует отметить, что у детей иногда может применяться «ампутационный» способ аппендэктомии, когда культю червеобразного отростка перевязывают капроном и прижигают электрокоагулятором слизистую культю отростка. Такой способ выполняется при опасности сквозного прокола купола слепой кишки у детей до 10 летнего возраста (рис. 1).

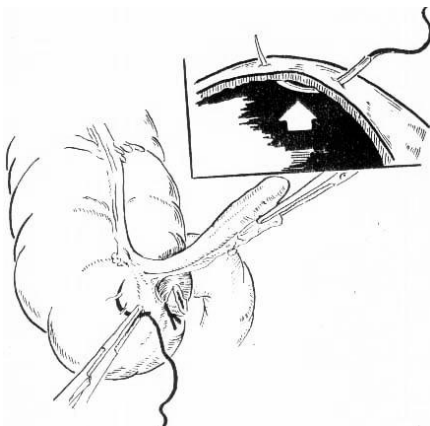


Рис. 1. Повреждение стенки слепой кишки при неправильном наложении кисетного шва.

Острый аппендицит у больных пожилого и старческого возраста

Острый аппендицит у больных пожилого и старческого возраста встречается несколько реже (10 % от общего числа больных с острым ап-

пендицитом), чем у лиц молодого и среднего возраста.

В пожилом возрасте преобладают деструктивные формы острого аппендицита, что связано с пониженной реактивностью организма у стариков, атрофией оболочек и склерозом сосудов червеобразного отростка. Особенностью течения заболевания в этой группе является то, что клиническая картина часто бывает стертой. Тошнота и рвота у этих больных встречается чаще, чем у пациентов среднего возраста, что обусловлено быстрым развитием деструктивных изменений в червеобразном отростке. При исследовании живота, как правило, определяется умеренная болезненность в правой подвздошной области. Вследствие возрастной релаксации мышц брюшной стенки мышечное напряжение в правой подвздошной области выражено незначительно. В некоторых наблюдениях может отмечаться метеоризм. Температура тела у стариков при остром аппендиците повышается незначительно либо нормальная.

Следует отметить, что у пациентов этой группы чаще, чем у людей среднего возраста, возникает аппендикулярный инфильтрат, который характеризуется медленным развитием. Больные нередко замечают опухолевидное образование в правой подвздошной области спустя несколько дней после приступа

неинтенсивных болей, что заставляет в некоторых случаях дифференцировать острый аппендицит с опухолью правой половины ободочной кишки.

Лечение

При подозрении на острый аппендицит противопоказано:

- применять местно тепло (грелки) на область живота;
- вводить наркотики и другие болеутоляющие средства;
- давать больным слабительное;
- применять клизмы.

Перечисленные лечебные воздействия при остром аппендиците не только бесполезны, но и опасны вследствие возможного бурного прогрессирования процесса и возникновения перфорации отростка.

Оперативное лечение

Квалифицированная хирургическая помощь при остром аппендиците обычно заключается в аппендэктомии и оперативном лечении его хирургических осложнений. Операция показана в любые сроки от начала заболевания за исключением тех случаев, когда обнаружение некоторых видов аппендикулярных инфильтратов позволяет воздержаться от срочного оперативного вмешательства. Многолетний опыт лечения больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости убеждает в том, что оперативное вмешательство оправдано и тогда, когда имеется лишь обоснованное предположение о возможности острого аппендицита. Сомнения в его наличии (при отсутствии других признаков заболевания, являющихся показанием к лапаротомии) при удовлетворительном общем состоянии больного не должны продолжаться более 12 часов. За этот период диагноз острого аппендицита должен быть достаточно обоснованно отвергнут или больному должна быть проведена аппендэктомия. Клиническое благополучие при наличии даже легкой болезненности в правой подвздошной области не должно быть обстоятельством, оправдывающим воздержание от оперативного вмешательства.

Аппендэктомия является наиболее частой операцией по поводу острого аппендицита. Следует отдавать предпочтение общей анестезии, но в некоторых случаях она может быть выполнена под местным обезболиванием. Техника местного обезболивания и типичной (антеградной) аппендэктомии подробно описана в учебниках, но надо помнить, что эффективность обезболивания, так же как соблюдение положения и величины кожного разреза во многом определяют последующий ход операции. Общее обезболивание обязательно показано при лапароскопической аппендэктомии, осложненном аппендиците (перитонит и

т. д.), атипичных его формах, психическим больным, у больных с обильно развитой жировой клетчаткой, а также беспокойным пациентам и детям.

Оперативные доступ через разрез Волковича–Мак-Бурнея в большинстве наблюдений достаточен для выполнения аппендэктомии, обследования органов малого таза и правого бокового канала полости брюшины. Разрезы Леннандера (трансектальный справа) и поперечный применяются значительно реже, но следует помнить о некоторых их преимуществах при операциях в условиях аппендикулярного инфильтрата, местного перитонита и у беременных женщин. При остром аппендиците, осложненном разлитым перитонитом, наиболее рации-

ональной является срединная лапаротомия.

При трудности выведения купола слепой кишки в операционную рану иногда полезно рассечь париетальную брюшину по наружной границе кишки. Если червеобразный отросток без патологических изменений, то необходимо осмотреть терминальный отдел подвздошной кишки на протяжении не менее 50 см, полость малого таза и придатки матки справа и при отсутствии воспалительных изменений, объясняющих клинические проявления заболевания, произвести аппендэктомию. При наличии экссудата в брюшной полости он должен быть тщательно удален, взят для бактериологического исследования и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, а при деструктивных формах острого аппендицита в брюшную полость вводится капиллярный ирригатор для последующего внутрибрюшного введения антибиотиков.

Особенно тщательно должна быть осушена и осмотрена полость малого таза. При наличии перитонита парентеральное введение антибиотиков широкого спектра действия целесообразно начать до операции. Обработка брюшной полости и удаление экссудата в этих случаях производится в соответствии с современными принципами лечения острого перитонита.

Ретроградная аппендэктомия выполняется при невозможности выведения червеобразного отростка из брюшной полости (рис. 2). В этом случае первым этапом операции производят отсечение червеобразного отростка и погружают его культю кисетным и Z-образным швом в купол слепой кишки.

Погрузив культю червеобразного отростка, вправляют купол слепой кишки в брюшную полость и получают при этом простор для дальнейших манипуляций. Затем, поэтапно накладывая на брыжейку зажимы, отсекают и удаляют червеобразный отросток (рис. 3).

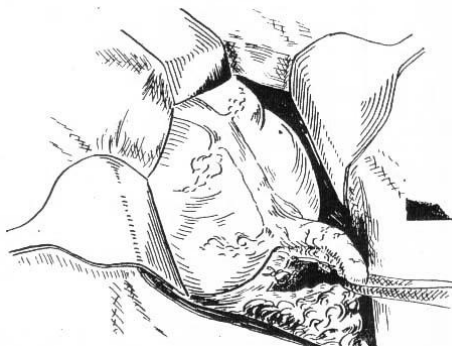
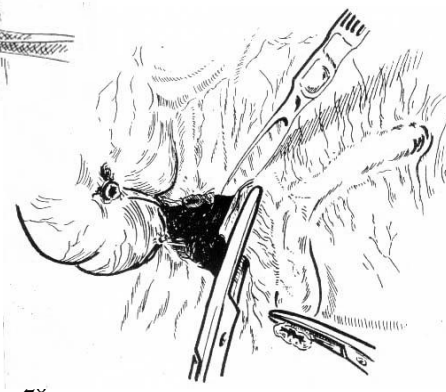


Рис. 3. Ретроградная аппендэктомия. Порционное рассечение брыжейки червеобразного отростка

Рис. 2. Ретроградная аппендэктомия. Выделение основания червеобразного отростка.



Брюшная полость зашивается наглухо за исключением следующих случаев:

- 1) если нельзя остановить кровотечение обычными способами;
- 2) если невозможно полное удаление патологически измененного червеобразного отростка или другого очага инфекции в этой области;
- 3) при отсутствии уверенности в надежности перитонизации культи вследствие патологических изменений стенки слепой кишки;
- 4) при сформированном аппендикулярном абсцессе и флегмоне забрюшинной клетчатки.

Тампоны, установленные в брюшной полости, нельзя подтягивать ранее 5–6 дня после операции, так как только к этому времени вокруг них образуется дренажный канал.

При деструктивных формах острого аппендицита, расположенного ретроцекально или в подпеченочном пространстве, для дренирования инфицированного ложа отростка (полости абсцесса) делается контрапертура в поясничной области, через которую осуществляется дренирование полости абсцесса.

Классическая аппендэктомия имеет определенные недостатки, к которым можно отнести ограниченную возможность ревизии и санации брюшной полости, травматичность такой ревизии и связанные с ней спаечные послеоперационные осложнения, нагноение раны с последующими послеоперационными грыжами. Этим объясняется возрастающий интерес к лапароскопической методике аппендэктомии, которая лишена большей части перечисленных недостатков.

История применения лапароскопического оборудования для аппендэктомии берет начало в 1977 г., когда Н. De Kok впервые произвел лапароскопически-ассистированную аппендэктомию из минилапаротомного доступа. К. Semm в 1983 г. сообщил об аппендэктомии, полностью выполненной лапароскопически. Он использовал этот метод для симультантного удаления невоспаленного червеобразного отростка в гинекологической практике. В 1985 г. J. S. Fleming публикует сообщение о лапароскопически ассистированных аппендэктомиях при лечении острого аппендицита.

Однако лапароскопическая аппендэктомия не получила столь широкого распространения, как лапароскопическая холецистэктомия. Это связано с тем, что преимущества лапароскопической аппендэктомии по сравнению с традиционной не столь разительны, как при холецистэктомии.

Лапароскопическая аппендэктомия выполняется как при хроническом, так и при остром аппендиците. Противопоказаниями для лапароскопической аппендэктомии являются:

- 1) заболевания, при которых противопоказан пневмоперитонеум;
- 2) состояния, когда риск общей анестезии с искусственной вентиляцией легких очень велик;
- 3) выраженные висцеро-париетальные сращения;
- 4) перфорация аппендикса вблизи его основания;
- 5) воспалительная инфильтрация купола слепой кишки;
- 6) аппендикулярный абсцесс;
- 7) ранее перенесенный аппендикулярный инфильтрат;
- 8) перитонит с парезом кишечника.

Способы обезболивания при лапароскопической аппендэктомии могут быть различными и зависят от состояния пациента, характера сопутствующей патологии, квалификации анестезиолога. Методом выбора является общее обезболивание с применением миорелаксантов.

Ревизию брюшной полости при лапароскопической аппендэктомии можно разделить на два этапа: панорамный обзор и прицельный осмотр «зоны интереса» – предполагаемого патологического очага. Обращают внимание на наличие и распространенность изменений брюшины, характер и количество выпота и места его преимущественного скопления, наличие спаечного процесса. После этого переходят к прицельному осмотру правой подвздошной области. Брыжейка отростка при лапароскопической аппендэктомии может быть отсечена с предварительной коагуляцией, лигированием, клипированием сосудов или аппаратное прошивание скобками. Чаще используют коагуляцию брыжейки или перевязку ее лигатурой. После мобилизации червеобразного отростка на его основание накладывают и затягивают эндопетлю (EndoLoop). Дистальное червеобразное отросток пережимают клипсой или еще одной эндопетлей. Отросток отсекается и удаляется. Слизистая оболочка культи прижигается коагулятором. Ретроперитонеально расположенный отросток удаляют ретроградно.

Операцию заканчивают контрольным дренированием правой подвздошной ямки, а при наличии перитонита и дренированием полости малого таза.

Для профилактики инфекционных осложнений в ране передней брюшной стенки решающее значение имеют тщательное соблюдение принципов асептики и антисептики во время операции, бережное обращение с тканями, надежный и тщательный гемостаз в процессе операции.

Лечение в послеоперационном периоде

Первые сутки после операции больные находятся в кровати в обычном положении на спине, если же операция производилась по поводу острого гангренозного или перфоративного аппендицита, осложненного перитонитом, то больной укладываются в фаулеровском положении и дальнейшее его лечение проводится в соответствии с современными принципами лечения перитонита в послеоперационном периоде.

Внутрибрюшное введение антибиотиков проводится не реже 2 раз в сутки, если операция закончена введением капиллярного дренажа в брюшную полость. Надобность во введении антибиотиков после аппендэктомии по поводу простого аппендицита обычно не возникает. Больным, оперированным по поводу деструктивных форм и осложненного аппендицита, антибиотики вводятся по общим правилам применения этих препаратов.

В первые сутки после операции оправдано введение промедола (1 мл 2 %-ного раствора через 4–6 часов) и, если нет тошноты, рвоты, можно разрешить не сладкий чай. При тошноте, рвоте, болях в животе, метеоризме от приема жидкостей через рот лучше воздержаться и осуществить парентеральное введение 0,9%-ного раствора хлористого натрия и 5%-ного раствора глюкозы. Если рвота повторяется, то необходимо опорожнить и промыть желудок через желудочный зонд, оставив его на некоторое время с тем, чтобы оценить степень сохранения или восстановления эвакуаторной функции желудка.

Режим ранней двигательной активности должен поощряться (если нет противопоказаний) и на вторые сутки больному разрешается вставать.

Начиная со второго дня, больному разрешаются протертые супы, каши, бульон, а после восстановления перистальтики кишечника в рацион могут быть включены паровые котлеты, печенье, сухари. При задержке стула более 3 суток рекомендуется микроклизма (150–200 мл теплой воды или теплого гипертонического раствора поваренной соли). После восстановления функции кишечника больные переводятся на общий стол. Кожные швы снимаются на 6–7-й день после операции.

Осложнения острого аппендицита

К настоящему времени описано около 60 возможных осложнений острого аппендицита, а летальность при осложнённых формах в шестьдесят раз выше чем при неосложнённых формах аппендицита (И. З. Козлов). Общая частота осложнений, по данным разных авторов, составляет около 12 %. Все осложнения могут быть классифицированы на осложнения до операции, во время аппендэктомии и в послеоперационном периоде. Появление одних из них зависит от поздно предпринятого оперативного лечения, других от дефектов хирургической техники или других причин. Для успешной борьбы с осложнениями острого аппендицита каждый хирург должен помнить главное положение: *ранняя диагностика и ранняя операция*. Жизнь больных при осложнённых формах аппендицита часто зависит от своевременного распознавания осложнения и целесообразности предпринимаемых лечебных мер. Отмечено, что частота осложнений соответствует глубине деструктивных изменений в отростке, а 40 % с осложнёнными формами острого аппендицита составляют лица пожилого и старческого возраста. Среди причин поздней диагностики, госпитализации и операции на первом месте стоит позднее обращение за медицинской помощью самих больных, затем отказ от госпитализации, трудность диагностики и сопутствующие заболевания, требовавшие времени для подготовки к операции.

Классификация осложнений острого аппендицита

1. Аппендикулярный инфильтрат.
2. Периаппендикулярный абсцесс.
3. Перитонит.
4. Абсцесс дугласова пространства.
5. Межишечные, забрюшинные, поддиафрагмальные абсцессы.
6. Пилефлебит и абсцессы печени.
7. Сепсис.
8. Нагноение операционной раны.

Профилактика большинства осложнений острого аппендицита заключается:

- 1) в своевременном и правильном распознавании острого аппендицита;
- 2) раннем оперативном вмешательстве с достаточным анестезиологическим пособием;
- 3) рациональном послеоперационном ведении больных.

Особенно следует обращать внимание на следующие детали оперативного вмешательства:

- 1) тщательное выполнение одного из видов анестезиологического пособия, обеспечивающего достаточное обезболивание. При наличии деструктивных форм лучше пользоваться одним из видов общего обезболивания;
- 2) достаточно широкий доступ;
- 3) тщательное выполнение таких деталей, как перевязка сосудов бры-

жейки отростка (лучше прошивание); перевязка культи червеобразного отростка, наложение кисетного и Z-образного швов;

Особенно важное значение приобретает тщательное осушивание брюшной полости при наличии выпота в ней, серозного или гнойного перитонита, развившегося еще до операции; дренирование брюшной полости по показаниям.

Аппендикулярный инфильтрат

Инфильтраты при остром аппендиците диагностируются в первые дни после приступа, т. е. при поступлении больного в стационар (чаще всего) или обнаруживаются во время операции по вскрытию брюшной полости.

У женщин аппендикулярные инфильтраты встречаются гораздо чаще, чем у мужчин, а у больных старше 60 лет инфильтраты бывают в шесть раз чаще, чем у молодых. При неудаленном отростке после рассасывания инфильтрата возможен рецидив последнего.

Клинически аппендикулярный инфильтрат чаще всего выявляется на 3–4 день после начала заболевания. Клиническое распознавание аппендикулярного инфильтрата в большинстве случаев не представляет особых трудностей. Из анамнеза выясняется, что за несколько дней до поступления в стационар у больного появились боли в животе. Общее состояние таких больных обычно остается удовлетворительным. Температура тела повышена до субфебрильных цифр. Самостоятельные боли в животе либо незначительны, либо отсутствуют. При ощупывании живот остается мягким и безболезненным, кроме правой подвздошной области, где определяется образование с более или менее четкими контурами, с гладкой поверхностью, плотной консистенции (**плотный инфильтрат**), или же мягкой консистенции (**рыхлый инфильтрат**). Размеры этого образования колеблются от 3–4 до 10–12 см и более в диаметре. Как правило, инфильтрат не смещается и только в начальной стадии иногда бывает подвижен. Местоположение его обычно соответствует области слепой и отчасти восходящего отдела ободочной кишки.

Аппендикулярный инфильтрат – это конгломерат органов (воспалительная опухоль), в который входят слепая кишка, конечный отдел подвздошной кишки, червеобразный отросток, сальник. В сравнительно редких случаях он прощупывается то ближе к средней линии, то ближе к малому тазу, то вдоль гребня подвздошной кости в зависимости от расположения червеобразного отростка. При глубоком расположении и небольших размерах инфильтрата он едва пальпируется в глубине подвздошной ямки.

В начальном периоде образования инфильтрата может быть положительным симптом Щеткина–Блюмберга. Стул и мочеиспускание нормальные. В крови отмечается невысокий лейкоцитоз, небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево и ускоренная СОЭ.

Из-за напряжения брюшной стенки определить рыхлый инфильтрат бывает трудно. Рыхлый инфильтрат представляет собой рыхлое соединение отечных, гиперемированных тканей, местами покрытых фибрином, но легко разделяющихся тупым и острым путем.

Если определяется плотный аппендикулярный инфильтрат, показана консервативная терапия: противовоспалительная терапия, местно – УВЧ-терапия, щадящая диета, постельный режим.

Дальнейшее течение зависит от того, в каком направлении разовьется воспалительный процесс. В случае его обратного развития отмечается улучшение состояния больного, самостоятельные боли постепенно стихают, пальпация становится малоболезненной, температура тела через несколько дней нормализуется, инфильтрат уменьшается и совершенно перестает прощупываться.

Другая клиническая картина наблюдается, когда воспалительный процесс имеет склонность к распространению. В таких случаях боли в животе не стихают, а усиливаются; наблюдается усиление болезненности инфильтрата при пальпации. Лихорадка продолжается, температура тела нарастает. Пульс учащается. Границы инфильтрата иногда расширяются. Нарастает лейкоцитоз, ускоряется СОЭ. Могут появиться симптомы раздражения брюшины в правой половине живота. Пальцевое исследование прямой кишки нередко дает возможность определить болезненность одной из её стенок или уплотнение, иногда размягчение. В таких случаях можно думать об абсцедировании инфильтрата.

Таким образом, хирургическая тактика при аппендикулярном инфильтрате основывается на сочетании двух основных критериев – давности заболевания и характере инфильтрата.

Следует отметить, что после рассасывания инфильтрата показано удаление червеобразного отростка через 4–6 месяцев. Если воспалительный инфильтрат обнаруживается во время операции по поводу острого аппендицита, то при рыхлом инфильтрате показана аппендэктомия, при плотном инфильтрате – введение тампонов и ниппельной трубки для введения антибиотиков.

Периаппендикулярный абсцесс

Как только установлены симптомы нагноения аппендикулярного инфильтрата, показана операция – вскрытие абсцесса. Промедление с операцией угрожает прорыву гноя в свободную брюшную полость и развитием перитонита.

Симптомами нагноения аппендикулярного инфильтрата будет размягчение уплотнения, гектическая температура, усиление болей в животе, появление симптомов раздражения брюшины, резкое повышение лейкоцитоза и СОЭ.

Аппендикулярные гнояники могут локализоваться в разных отделах брюшной полости, но наиболее типичные локализации таких гнояников: передний пристеночный, боковой (в правом боковом канале брюшной полости), межкишечный, тазовый и абсцесс дугласова пространства, поддиафрагмальный и множественные локализации.

Операция по поводу аппендикулярного гнояника производится под наркозом. При типичном абсцессе в правой подвздошной области, спаянном с передней брюшной стенкой, делается разрез по Волковичу – Мак-Бурнею. Удаление червеобразного отростка допустимо лишь в тех случаях, когда он лежит свободно, а поиски его проходят без грубого разделения сращений и спаек, без риска вызвать повреждение кишки.

При расположении гнояника ближе к крылу подвздошной кости вскрытие его производят разрезом Пирогова в непосредственной близости от гребня подвздошной кости и передне – верхней ости. Держась непосредственно у кости, рассекают мягкие ткани, отслаивая их от брюшины кнутри, подходят с латеральной стороны инфильтрата и скрывают гнояник. В полость его вводят там-

пон. После заживления раны и рассасывания инфильтрата больным следует делать аппендэктомию.

Абсцесс дугласова пространства

Абсцесс дугласова пространства чаще всего встречаются после операции по поводу деструктивного аппендицита. Это отграничение гноя, которое скапливается в самом низком участке брюшной полости: прямокишечно-пузырном углублении у мужчин и прямокишечно-маточном углублении у женщин. Спаявшиеся между собой листки брюшины, петли тонких и толстых кишок и сальник образуют как бы капсулу, окружающую гнойную полость. Распознавание абсцесса дугласова пространства в общем не представляет больших трудностей, но важно выявить это осложнение своевременно. При всяком негладком послеоперационном течении, в особенности после удаления деструктивных отростков, необходимо систематически проводить пальцевое исследование прямой кишки.

Для диагноза большое значение имеют жалобы больных на нарушение дефекации и мочеиспускания. Учащенный жидкий стул с примесью слизи, ИНОГДА тенезмы, являются симптомами, свидетельствующими о формировании гнойника в малом тазу. Частые и болезненные мочеиспускания – это один из ранних признаков абсцесса дугласова пространства. Иногда отмечаются нерезкие боли над лобком. Живот обычно не вздут, мягкий, безболезненный, кроме надлобковой зоны. При хорошем отграничении гнойника симптомов раздражения брюшины не наблюдается. В запущенных случаях развивается парез кишечника. Температура тела всегда повышена. Пульс соответствует температуре. Имеет место лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Исследуя ежедневно прямую кишку, можно установить определенную эволюцию симптомов. Вначале определяется лишь болезненность передней стенки прямой кишки, затем удается определить нависание её; при влагалищном исследовании – болезненность заднего свода. Еще через 2–3 дня место выбухания стенки прямой кишки уплотняется и превращается в болезненный инфильтрат; через определенное время в одном из участков инфильтрата определяется размягчение; Этот симптом и является показанием к оперативному лечению.

Пункция гнойника через прямую кишку или влагалище допустима только (во избежание прокола петли кишки) при ясных признаках нагноения непосредственно перед операцией на столе для уточнения места вскрытия гнойника (рис. 4).

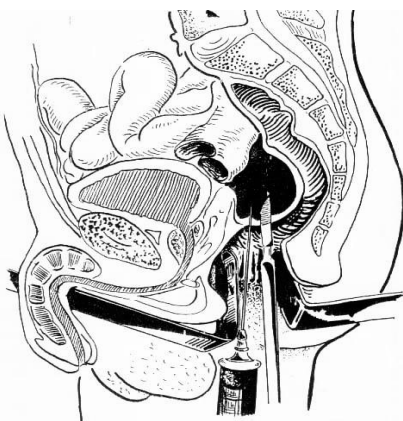


Рис. 4. Пункция и вскрытие абсцесса дугласова пространства

Не исключается консервативное лечение инфильтрата дугласова пространства, которое будет сводиться к назначению постельного режима и противовоспалительной терапии. При абсцедировании инфильтрата перед операцией надо опорожнить мочевой пузырь катетером и сделать очистительную клизму. Принято вскрывать гнойник дугласова пространства через прямую кишку и через задний свод влагалища у женщин.

После операции следует назначать легкую диету, опий для задержки стула на время пребывания дренажа в прямой кишке, антибиотики.

Для профилактики абсцессов дугласова пространства необходимо во время аппендэктомии, особенно при деструктивных формах аппендицита, ограничивать очаг поражения от свободной брюшной полости тампонами, а при наличии гноя – осушить полость брюшины и особенно малый таз с помощью отсоса и промыть эти участки растворами антисептиков.

Межкишечные, забрюшинные и поддиафрагмальные абсцессы

Обнаружение в брюшной полости воспалительного инфильтрата после аппендэктомии при удовлетворительном общем состоянии больного заставляет держаться выжидательной тактики. Покой, антибиотики, физиотерапевтическое лечение иногда приводят к рассасыванию инфильтрата. При ухудшении состояния больного и появлении симптомов интоксикации возникает угроза распространения процесса на брюшину, что заставляет склониться в пользу операции.

Если симптомов раздражения брюшины нет, но на основании клинико-инструментальных, УСГ, компьютерных и рентгенологических данных возникает подозрение на образование гнойного очага также показано хирургическое лечение.

Техника операции зависит от локализации очага и его отношения к передней брюшной стенке. Если гнойник прочно спаян с париетальной брюшиной, то желательнее опорожнить его без вскрытия свободной брюшной полости.

Разрез проводится над инфильтратом. После разделения мышечного слоя рекомендуется тупым путем дойти до стенки абсцесса и на месте размягчения вскрыть его. После осушения гнойной полости и осторожного обследования пальцем, если необходимо, производится под контролем глаза расширение раны для обеспечения хорошего оттока гноя. В полость вводится тампон.

Когда приходится оперировать, не дожидаясь прочного спаяния гнойника с брюшиной, тогда вскрывается брюшная полость и вокруг инфильтрата вводят ограничивающие тампоны, а затем производят вскрытие абсцесса.

Гной иногда может оказаться в забрюшинном пространстве. В случае перфорации забрюшинно расположенного отростка гной непосредственно проникает в забрюшинное пространство. При ретроцекальной позиции отростка и образовании периаппендикулярного абсцесса не исключается возможность расплавления заднего листка париетальной брюшины и перехода воспаления на забрюшинную клетчатку. Появление других забрюшинных абсцессов можно объяснить распространением инфекции из воспаленного отростка по лимфатическим путям.

Характерные признаки забрюшинного гнойника: повышение температуры тела, болезненность по ходу гребня подвздошной кости и в поясничной области, а также контрактура в тазобедренном суставе. Оперативный доступ к вскрытию забрюшинных гнойников осуществляется разрезом по Пирогову или косым

поясничным разрезом.

При ретроцекальном расположении отростка также могут наблюдаться псоас-абсцессы, паранефриты и забрюшинные флегмоны. При возникновении псоас-абсцессов обычно на фоне высокой лихорадки имеет место общее тяжелое состояние больного, высокий лейкоцитоз; в поздних стадиях характерно положение больного с подтянутой к животу и согнутой в коленном суставе ногой.

Более трудным для распознавания и лечения являются гнойники поддиафрагмальной области. Диагностика поддиафрагмальных гнойников затруднительна, особенно в начальных его формах и при малых размерах. Боли могут ощущаться в нижних отделах грудной клетки и в верхнем квадранте живота. Иногда присоединяется болезненный сухой кашель, вызванный раздражением диафрагмального нерва. Затем боли сосредотачиваются в правом подреберье, особенно при глубоком вдохе, нередко отдают в правую лопатку и плечо. Иногда больная сторона грудной клетки отстает в дыхательных движениях. В более выраженных случаях имеется выпячивание подложечной области, сглаженность межреберий. Живот остается мягким, редко определяется легкое напряжение в области правого подреберья. Печень, если и выступает из-под реберной дуги, неболезненна. Имеются высокая температура, ознобы, изменения крови, соответствующие острому гнойному процессу.

При рентгенологическом исследовании выявляется высокое стояние диафрагмы и ограничение её движения. Наличие газового пузыря с горизонтальным уровнем жидкости под диафрагмой – патогномоничный признак поддиафрагмального абсцесса.

Решающее значение имеет пункция абсцесса. Ее следует проводить под местным обезболиванием в положении сидя с отведенной и высоко поднятой правой рукой.

При выборе места для пункции надо руководствоваться данными рентгенологического (или КТ) или ультразвукографического исследований. Большей частью это место расположено по передней или средней подмышечной линии на уровне девятого или десятого межреберий.

Возможен метод лечения поддиафрагмального абсцесса путем пункции (под контролем УЗИ и КТ) и дренирования полости гнойника.

Для вскрытия поддиафрагмального абсцесса существуют чрез- и внеплевральные доступы. Опорожнение поддиафрагмальных абсцессов без вскрытия полости плевры более целесообразно, т. к. устраняет опасность гнойного плеврита. Поэтому при возможности следует пользоваться внеплевральными доступами оперативного лечения гнойников поддиафрагмального пространства (Рис. 5).

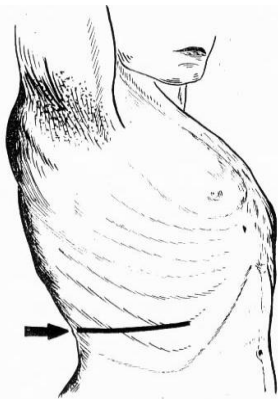


Рис. 5. Вскрытие поддиафрагмального абсцесса по Мельникову. Разрез

Перитониты аппендикулярного происхождения

Перитониты аппендикулярного происхождения занимают первое место среди перитонитов различной этиологии. Причинами этого являются поздняя госпитализация, атипичность и стертость клинических проявлений острого аппендицита. Перитонит после аппендэктомии не дает бурной клинической картины, поэтому своевременная диагностика и лечение иногда запаздывают. В борьбе с послеоперационным перитонитом фактор времени имеет первостепенное значение для прогноза.

В клинической картине перитонита самым постоянным является боль. Почти всегда встречается тошнота, рвота и отрыжка. А далее в зависимости от иммунной реакции организма и вирулентности микрофлоры разыгрывается той или иной степени тяжести клиническая картина перитонита. Все же перитонит чаще прогрессирует в результате плохой санации брюшной полости и при недостаточном лечении уже имевшегося до операции перитонита, а также при технических дефектах самой операции. Иногда воспалительный процесс в брюшной полости отграничивается с образованием гнойников различной локализации.

Пилефлебит и абсцессы печени

Одной из форм гнойного тромбофлебита является пилефлебит источником которого – вены отростка. Тромбоз распространяется на портальную систему. Это одно из тяжелейших осложнений острого аппендицита, дающее высокий процент летальности.

Тромбофлебит, начавшись в венах отростка, переходит на подвздошно-толстокишечную вену и дальше по верхней брыжеечной вене на воротную вену и её разветвления в печени, где на этой почве возникают множественные гнойники. Возможен также отрыв инфицированных эмболов, занос их по системе воротной вены в печень и образование в ней абсцессов.

В большинстве наблюдений пилефлебит возникает после аппендэктомии. Пилефлебит может развиваться бурно – через 2–3 дня после аппендэктомии, или диагностируется через 1–2 месяца от начала заболевания.

Общее состояние больных при пилефлебите всегда тяжелое. Больные жалуются на боли в животе, слабость, плохой сон, отсутствие аппетита. Боли возникают в правом подреберье, подложечной области, изредка они иррадиируют в спину, правое плечо. Лицо бледное, осунувшееся, с желтушной окраской, с запавшими глазами.

Самым постоянным симптомом пилефлебита являются потрясающие ознобы, с повышением температуры тела до 40 °С. Пульс частый, слабый. Дыхание затруднено. Живот малоболезненный, иногда вздут. Печень почти всегда увеличена, чувствительна при пальпации. Селезенка может быть увеличена. Лейкоцитоз высокий.

При рентгенологическом исследовании выявляется высокое стояние диафрагмы, ограничение её подвижности, увеличение тени печени, усиление её тени на месте абсцессов, закрытие реберно-диафрагмального синуса.

Лечение больных с пилефлебитом представляет очень трудную задачу. Энергичное комбинированное лечение – операция (вскрытие гнойников в соче-

тании с применением противовоспалительной терапии; по показаниям применение антикоагулянтов) может привести к улучшению исходов пилефлебитов.

При лечении абсцессов печени в последние годы с успехом применяются внутриартериальное введение антибиотиков через общую печеночную артерию или введение антибиотиков через пупочную вену.

На втором месте среди непосредственных причин смерти при остром аппендиците, по данным многих авторов, стоит сепсис. Источником его служат гноиники и флегмоны, а также септические тромбозы крупных сосудистых стволов, осложнявшие деструктивный аппендицит.

Осложнения со стороны операционной раны являются наиболее частыми, но сравнительно безопасными. Чем тяжелее изменения в отростке, тем меньше встречается первичных заживлений ран. Решающее значение в возникновении нагноения ран имеет инфицирование раны патогенными микробами во время операции. Помимо соблюдения асептики, имеют значение техника операции, щажение тканей во время её выполнения и общее состояние больного. В случаях, когда можно ожидать нагноения раны следует накладывать редкие швы на кожу, не зашивать кожу и подкожную клетчатку, применяя при хорошем состоянии раны наложение в ближайшие дни первично отсроченных швов.

Итак, осложнений острого аппендицита немало, они грозные и нередко ведут к летальному исходу. Для успешного лечения и профилактики этих осложнений острого аппендицита надо помнить положение: *ранняя диагностика, ранняя госпитализация, ранняя операция.*

Экспертиза нетрудоспособности

После аппендэктомии больной, как правило, находится в отделении до 7 суток при неосложненном течении послеоперационного периода. После эндовидеохирургических операций выписка может осуществляться, начиная с 3–4 суток. Выписывается под наблюдение хирурга поликлиники и находится на больничном листке 21–28 дней.

Протокол организации лечебно-диагностической помощи при остром аппендиците

В диагностике острого аппендицита главную трудность представляют атипичные клинические формы, требующие целенаправленной и быстрой дифференциальной диагностики (аппендицит с симптомами почечной колики и с дизурическими расстройствами, аппендицит с симптомами острых заболеваний желчевыводящих путей, аппендицит с диареей или другими признаками острых желудочно-кишечных инфекций, аппендицит с симптомами гинекологических заболеваний, аппендицит с признаками тяжелой гнойной интоксикации).

1. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе

1. Наличие болей в животе требует целенаправленного исключения диагноза «острый аппендицит» с учетом разнообразия его атипичных форм.

2. Сомнения в диагнозе острого аппендицита служат основанием для направления больного в хирургический стационар. При этом в случае атипичной клинической картины допустимо использовать диагноз направления «острый живот».

3. При неснятом диагнозе острого аппендицита противопоказано применение местного тепла (грелка) на живот, а также применение клизм и слабительных препаратов.

4. В случае категорического отказа больного от госпитализации, наблюдения, и при установленном диагнозе – операции, он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской карте.

5. В случае самовольного ухода больного до определения диагноза из приемного отделения хирургического стационара врач приемного отделения обязан сообщить об этом в поликлинику по месту жительства больного для активного его осмотра хирургом поликлиники на дому или на станцию скорой медицинской помощи.

2. Протоколы диагностики в хирургическом стационаре

1. Болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области – признаки типично протекающего острого аппендицита.

2. Защитное напряжение мышц брюшной стенки может отсутствовать:

- при тазовом расположении червеобразного отростка;
- при его ретроцекальном и забрюшинном расположении;
- у больных пожилого и старческого возраста;
- в первые часы заболевания при простом (катаральном) аппендиците.

В этом случае используются дополнительные методы исследования и физикальные симптомы (Кохера, Ситковского, Ровзинга, Раздольского, Крымова, Бартоломье–Михельсона), обязательно исследование через прямую кишку и бимануальное гинекологическое исследование у женщин.

3. Лабораторные исследования: общий анализ крови, сахар крови, группа крови и резус – фактор, общий анализ мочи.

4. Аппаратные исследования (ЭКГ, рентгенография органов брюшной полости, УЗИ и другие исследования – по специальным показаниям)

5. При невозможности подтвердить или исключить диагноз острого аппендицита после первичного обследования осуществляется динамическое наблюдение в условиях хирургического стационара: повторные осмотры каждые 2–3 часа, повторное исследование количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы. По показаниям – консультация гинеколога.

3. Протоколы предоперационной подготовки

Перед операцией в обязательном порядке производятся опорожнение мочевого пузыря и гигиеническая подготовка. По специальным показаниям осуществляются опорожнение желудка через введенный зонд, а также – проведение медикаментозной подготовки, инфузионной терапии с превентивным введением антибиотиков за 30–40 минут до операции.

4. Протоколы анестезиологического обеспечения операции

1. Местная анестезия используется как исключение.

2. Вопрос о выборе метода анестезии при неосложненных формах острого аппендицита, особенно у детей, беременных женщин и у лиц старческого возраста решается индивидуально с участием анестезиолога.

3. Наличие клинических признаков осложнений аппендицита служит показанием к планированию эндотрахеального наркоза с миорелаксацией.

5. Протоколы дифференцированной хирургической тактики

1. При простом (катаральном) или флегмонозном аппендиците с наличием местного реактивного выпота или без такового выполняется типичная (антеградная или ретроградная) аппендэктомия через доступ в правой подвздошной области.

2. Брыжейка отростка перевязывается или прошивается с последующим пересечением.

3. Культи отростка перевязывается, а затем погружается кисетным и Z – образным швами.

4. При простом (катаральном) аппендиците, независимо от наличия выпота, показана дополнительная ревизия: осматривается дистальный отдел подвздошной кишки – (до 70–80 см) на предмет воспаления, перфорации Меккелева дивертикула или мезаденита.

5. При вторичном (поверхностном) аппендиците вначале saniруется основной (первичный) патологический процесс, а затем осуществляется аппендэктомия.

6. При обнаружении рыхлого аппендикулярного инфильтрата выполняется аппендэктомия с санацией и дренированием подвздошной ямки.

7. Обнаружение плотного воспалительного инфильтрата во время операции исключает активные манипуляции по поиску и выделению отростка.

8. Вскрытие и дренирование периаппендикулярного абсцесса предпочтительно осуществлять внебрюшинно через дополнительный разрез в боковых отделах живота.

9. Плотный аппендикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования, выявленный до операции, подлежит динамическому наблюдению и консервативному лечению. Физиотерапия допустима только после достоверного исключения опухоли.

10. Все дренирующие операции осуществляются с помощью трубчатых или перчаточных дренажей. Использование с дренирующей целью тампонов исключается.

11. Показаниями к постановке отграничивающих тампонов служат:

- неуверенность в полном удалении отростка
- неуверенность в гемостазе после удаления отростка
- аппендикулярный инфильтрат при неудаленном отростке
- периаппендикулярный абсцесс и флегмона купола слепой кишки

12. Червеобразный отросток и другие удаленные ткани направляются на гистологическое исследование. Выпот и содержимое абсцессов направляется на бактериологические посевы для идентификации микрофлоры и её чувствительности к антибиотикам.

13. Во всех случаях, указанных в п. 1 альтернативным методом может служить эндовидеохирургическое вмешательство. При этом допустимо ограничиваться перевязкой культи червеобразного отростка без её погружения. Все положения п. п. 2, 4, 5 полностью сохраняются. Выявление разлитого перитонита, инфильтрата или признаков внутрибрюшного абсцесса в ходе эндовидеохи-

рургического вмешательства служит основанием для перехода к традиционным методам операции.

6. Протоколы антибактериальной терапии

1. При простом (катаральном) аппендиците профилактическое и лечебное введение антибиотиков не применяется

2. При наличии воспалительного выпота в правой подвздошной ямке или в малом тазу при флегмонозном аппендиците введение антибиотиков в изотоническом физиологическом растворе NaCl продолжается в послеоперационном периоде через микроирригатор

3. При гангренозном аппендиците и после вскрытия аппендикулярного инфильтрата парентеральная антибактериальная терапия начинается во время операции и продолжается в послеоперационном периоде. Наиболее целесообразно использование схемы: 1. цефалоспорины – 2. аминогликозиды – 3. Клин (Гедеон-Рихтер. А. О.)

4. При разлитом перитоните аппендикулярного происхождения антибиотикотерапия начинается в процессе предоперационной подготовки, продолжается на операции, если от момента первого введения проходит более 3-х часов, и в послеоперационном периоде.

7. Протоколы послеоперационного ведения больных при неосложненном течении

Общий анализ крови назначается через сутки после операции и перед выпиской

1. При всех формах острого аппендицита швы снимаются на 7–8 сутки, за день до выписки больных на лечение в поликлинику.

2. В условиях больнично-поликлинических комплексов при отработанных контактах с хирургами поликлиник выписка может осуществляться в более ранние сроки до снятия швов.

3. После эндовидеохирургических операций выписка может осуществляться, начиная с 3–4 суток.

4. Лечение развивающихся осложнений осуществляется в соответствии с их характером.

Литература

1. Видеозендоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / под ред. А. Е. Борисова. – СПб. : ЭФА, «Янус», 2002. – 416 с.
2. Клиническая хирургия (справочное руководство для врачей) / под ред. Ю. М. Панцырева. – М. : Медицина, 1988. – 640 с. (в б-ке мед. ун-та н. чз., 684680ф, уч. аб. уч. к. № 1726).
3. Колесов В. И. Клиника и лечение острого аппендицита / В. И. Колесов. – Л., 1972.
4. Ратков И. А. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците / И. А. Ратков. – Л., 1970.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В. С. Савельева. – М. : Медицина, 1976. – 608 с.
6. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при острых

заболеваниях брюшной полости (материалы ассоциации хирургов Санкт-Петербурга). – СПб., 2001. – 33 с.

7. Частная хирургия : учебник : в 2 т. / ред. Ю. Л. Шевченко. – СПб. : СпецЛит, 2000. – Т. 1. – 512 с. (в б-ке мед. ун-та н. аб. 81678оф, уч. аб. уч. к. № 3224).
8. Частная хирургия : учебник : в 2 т. / ред. Ю. Л. Шевченко. – СПб. : СпецЛит, 2000. – Т. 2. – 496 с. (в б-ке мед. ун-та н. аб. 81679оф, уч. аб. уч. к. № 3225).
9. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин ; под ред. М. И. Кузина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2002. – 784 с. (в б-ке мед. ун-та уч. аб. уч. к. № 3483, 8347оф.).
10. Хирургические болезни : учебник с компакт-диском : в 2 т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2005. – Т. 1. – 608 с.
11. Хирургические болезни : учебник с компакт-диском : в 2 т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2005. – Т. 2. – 400 с.
12. Хирургические болезни: Клинические лекции для субординаторов / В. Б. Альбицкий. – Иваново : Талка, 1993. – Ч. 1. – 310 с. (в б-ке мед. ун-та уч. к. № 2431)
13. Хирургические болезни: Клинические лекции для субординаторов / В. Б. Альбицкий. – Иваново : Талка, 1993. – Ч. 2. – 304 с. : схем. (в б-ке мед. ун-та уч. к. № 2432)
14. Хирургия : пер. с англ. – М. : ГЭОТАР-Мед, 1997. – 1074 с. (в б-ке мед. ун-та уч. аб. уч. к. № 2880).

Лекция 3

ХРОНИЧЕСКИЙ АППЕНДИЦИТ

Хронический аппендицит это заболевание с характерной клинической картиной, в основе которого лежат первичные или вторичные хронические воспалительные изменения в червеобразном отростке неспецифического характера.

Хронический аппендицит принято разделять на три формы. Хронический *резидуальный* аппендицит возникает вследствие обратного развития острого аппендицита. Острые явления стихают, однако воспалительный процесс остается и переходит в хронический. При этой форме в стенке червеобразного отростка могут быть обнаружены очаговые или диффузные морфологические признаки хронического воспаления. Типичным примером такой формы заболевания является остаточный аппендицит после рассасывания аппендикулярного инфильтрата.

Хронический *рецидивирующий* аппендицит. При этой форме после перенесенного острого приступа аппендицита наступает стихание болей. Через некоторое время наблюдается новый приступ – рецидив аппендицита. Следовательно, эта форма характеризуется повторными приступами острого воспаления отростка нередко в стертой форме. В промежутках между приступами больные испытывают постоянные боли в правой подвздошной области ноющего или тянущего характера.

Кроме того, различают *первично-хронический* или *бесприступный* аппендицит. Хронический бесприступный аппендицит, как показывает само название, это форма, при которой в анамнезе нет приступов острого аппендицита. Процесс сразу начинается в отростке с хронического воспаления. Многие авторы отрицают возможность такой формы аппендицита. Они правильно утверждают, что хроническое воспаление не может возникнуть первично, без острого приступа. Иногда удаление отростка при первичном хроническом аппендиците не приводит к выздоровлению: боли в животе наблюдаются с той же силой, как и до операции, т. е. операция не приносит излечения. Следовательно, причина болей заключается не в отростке, а вызывается другими патологическими изменениями органов в правой подвздошной области.

Клиника

Чаще всего больные жалуются на боли в правой подвздошной области или правой половине живота постоянного или приступообразного характера. Может отмечаться иррадиация болей в поясничную или паховую область, мочевого пузыря, правое бедро. Больных беспокоят не только боли в животе, но и головные боли, субфебрильная температура, боли в спине. У ряда больных наблюдаются явления метеоризма, запоры или поносы. Ходьба, бег, физическая нагрузка способствуют усилению болей или провоцируют их.

Следует тщательно собирать анамнез, из которого можно узнать, что в прошлом больной перенес приступ болей в животе. Обычно типичный приступ аппендицита сопровождается болями в животе, повышением температуры, рвотой, а также кишечными расстройствами. Больные указывают, что во время

приступов болей наблюдалась характерная иррадиация в подложечную область и спину. Выявление характера приступа болей необходимо для того, чтобы исключить другие заболевания органов живота, также протекающие с болью в животе. Собирая анамнез нужно, по возможности, выявить локализацию болей при первом приступе.

Диагностика

Следующим этапом обследования является исследование больного и определение болевых точек и симптомов. Все болевые точки и симптомы подразделяются в зависимости от положения червеобразного отростка на три группы.

В первую группу входят болевые точки и симптомы, возникающие при свободно расположенном в брюшной полости червеобразном отростке. Во вторую группу входят симптомы при ретроцекальном положении червеобразного отростка. К третьей группе относят симптомы при тазовом положении червеобразного отростка.

Точка Мак Берне (Mac Burney) располагается на линии, соединяющей пупок с гребнем подвздошной кости. Эту линию делят на три части и на границе между наружной и средней третью её находится точка Мак Берне.

Точка Ланца (Lanza) располагается на линии, соединяющей оба гребня подвздошных костей – *I. bispinalis*. Эту линию делят на три части, на границе между правой наружной и средней третями располагается точка Ланца.

Точка Кюммеля (Kummel) расположена вправо и ниже пупка на 1,5–2 см.

Может выявляться псоас-симптом Образцова (усиление боли во время пальпации в правой подвздошной области при поднятии правой ноги).

В диагностике хронического аппендицита лабораторные данные оказываются мало полезными. Кровь при хроническом аппендиците обычно не изменена. Изредка бывает умеренный лейкоцитоз, изменений РОЭ не происходит. Исследование мочи показывает её нормальный состав, однако оно совершенно обязательно, так как позволяет избежать ошибок в дифференциальной диагностике с почечной патологией.

В отдельных, трудных для диагностики случаях, пользуются рентгенологическим исследованием (ирригография). Рентгенологические признаки, говорящие о хроническом аппендиците, подразделяются на две группы: прямые симптомы, указывающие на аппендицит, и косвенные. К прямым симптомам относятся следующие: заполнение отростка контрастным веществом, а также фиксация червеобразного отростка. Если червеобразный отросток фиксирован, не смещается, это может говорить за его патологические изменения. На рентгенограмме можно увидеть частичное или фрагментарное заполнение контрастом червеобразного отростка. Неравномерность заполнения червеобразного отростка, нарушения его формы, говорящие об облитерации отростка, перегибе его, позволяя думать о хроническом воспалении отростка и наличии воспалительного перипроцесса. К косвенным симптомам относят незаполнение отростка контрастным веществом. Незаполнение отростка может одинаково свидетельствовать как о его хроническом воспалении, так и об отсутствии изменений в нем. К косвенным признакам относят также изменения формы илеоцекального

угла. При рентгенологическом исследовании иногда находят спастические явления слепой кишки или, наоборот, определяют атонию кишки.

Диагностика первично-хронического, бесприступного аппендицита представляет наибольшие трудности, но диагностика становится относительно несложной, если в анамнезе у больного имеется один или несколько острых приступов. Если анамнез не дает достаточно убедительных данных, свидетельствующих об аппендиците, необходимо тщательное исследование больного и исключение всех заболеваний органов этой области. Оценка в целом полученных клинических данных, дополненная лабораторными анализами и рентгенологическим исследованием, позволяет поставить правильный диагноз. При отсутствии приступов острого аппендицита диагноз становится трудным или, правильнее сказать, невозможным, а так называемый первично-хронический, или бесприступный, аппендицит дает много ошибок. По этой причине многие клиницисты отрицают эту форму аппендицита.

Дифференциальный диагноз хронического аппендицита проводится с патологией слепой кишки и червеобразного отростка (опухоли слепой и восходящего отдела ободочной кишки, карциноид червеобразного отростка и т. д.), патологией терминального отдела подвздошной кишки (болезнь Крона, перфорация или воспаление дивертикула Меккеля т. д.), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим холециститом, заболеваниями почек (почечно-каменная болезнь, хронический пиелонефрит), у женщин – с хроническим правосторонним аднекситом и т. д.

Лечение

Показаниями к оперативному лечению при хроническом аппендиците являются боли в правой подвздошной области которые испытывают больные и которые делают их нетрудоспособными. Каждый больной с хроническим аппендицитом должен быть всесторонне обследован и оперирован лишь в том случае, если будут исключены другие заболевания, симулирующие аппендицит, и не требующие оперативного вмешательства. Вот почему при обследовании больных с хроническим аппендицитом так много внимания уделяется анамнезу заболевания.

Техника выполнения аппендэктомии при хроническом аппендиците не отличается от таковой при остром аппендиците как из лапаротомного, так и из эндохирургического доступов.

Изучение отдалённых результатов после операции аппендэктомии по поводу хронического аппендицита показывает, что часть больных продолжают беспокоит боли в животе, иногда того же характера, что и до операции. Причиной таких болей после аппендэктомии является неверная диагностика и неправильные показания к операции. Наиболее часто это наблюдается при так называемом первичном (бесприступном) аппендиците.

Иногда боли после аппендэктомии зависят от изменения и заболевания слепой кишки: тифлит, периколит, слабость Баугиниевой заслонки, а также спайки и сращения в илеоцекальном углу. Все это требует тщательного предоперационного обследования больных с подозрением на хронический аппендицит.

Литература

1. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / под ред. А. Е. Борисова. – СПб. : ЭФА, «Янус», 2002. – 416 с.
2. Клиническая хирургия (справочное руководство для врачей) / под ред. Ю. М. Панцырева. – М. : Медицина, 1988. – 640 с. (в б-ке мед. ун-та н. чз., 68468оф, уч. аб. уч. к. № 1726).
3. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин ; под ред. М. И. Кузина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2002. – 784 с. (в б-ке мед. ун-та уч. аб. уч. к. № 3483, 8347оф.).
4. Хирургические болезни: Клинические лекции для субординаторов / В. Б. Альбицкий. – Иваново : Талка, 1993. – Ч. 1. – 310 с. (в б-ке мед. ун-та уч. к. № 2431)
5. Хирургические болезни: Клинические лекции для субординаторов / В. Б. Альбицкий. – Иваново : Талка, 1993. – Ч. 2. – 304 с. : схем. (в б-ке мед. ун-та уч. к. № 2432)

Лекция 4

ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Введение

Грыженосители составляют 3 – 4 % по отношению ко всему населению. По частоте на первом месте находятся паховые грыжи. Соотношение между отдельными грыжами, выведенное на основании суммарных данных по всем возрастам для обоих полов, по данным А. Н. Бакулева выражается следующим образом:

1. паховые грыжи – 71,5 %;
2. бедренные – 10,4 %;
3. белой линии живота – 11 %;
4. пупочные – 5,9 %;
5. все остальные виды грыж – 3,2 %.

Паховые грыжи встречаются чаще у мужчин, в то время как бедренные и, особенно, пупочные – у женщин. У детей преобладают паховые и пупочные грыжи. Наибольшее число грыж образуется в раннем детстве и в возрасте 20–40 лет. Большинство отечественных и зарубежных авторов приводит следующее распределение частоты грыж по возрастным группам: 1–20 лет – 23 %; 21–40 лет – 39 %; 41–60 лет – 32 %, старше 60 лет – 6 %.

Одной из наиболее острых проблем абдоминальной хирургии остается лечение послеоперационных грыж. Связано это в первую очередь с большой распространенностью этой патологии. Послеоперационные грыжи составляют до 25 % всех грыж, уступая только паховым.

Большая роль в развитии учения о грыжах принадлежит отечественным ученым (Бобров, Спасокукоцкий, Крымов, Федоров, Мартынов, Кукуджанов, Шевкуненко и др.), которые наряду с теоретическими вопросами разработали оригинальные методы оперативного лечения грыж передней брюшной стенки,

Классификация грыж

I. Анатомическая классификация:

1. Паховые;
2. Бедренные;
3. Пупочные;
4. Эпигастральные;
5. Поясничные (верхние и нижние);
6. Седалищные;
7. Диафрагмальные;
8. Белой линии;
9. Спигелевой линии;
10. Запирательного отверстия.

II. Этиологическая классификация:

1. Врожденные;
2. Приобретенные;

а) подготовленные (возникают в типичных местах, в т. н. грыжевых точках);
б) травматические (к ним относятся и послеоперационные грыжи);
в) невропатические (возникают при поражении периферических нервов как следствие паралича соответствующих мышц брюшной стенки).

III. Клиническая классификация:

1. Неущемленные:

- а) вправимые;
- б) невправимые.

2. Ущемленные.

Некоторые авторы клиническую классификацию представляют иначе:

- 1. Неосложненные (вправимые);
- 2. Хронические осложненные (невправимые);
- 3. Острые осложненные;
 - а) копростаз;
 - б) воспаление;
 - в) ущемление.

IV. Патогенетическая классификация:

- 1. Полные;
 - 2. Неполные.
- Для паховых грыж:
- 1. Косые;
 - 2. Прямые.

Приведенные классификации были разработаны для традиционных подходов к герниопластике. С появлением эндоскопических технологий были предложены следующая классификация (Гуслев А. Б., 1995 и модифицированная Емельяновым С. И. с соавт., 2000 г.):

- 1. Косые паховые грыжи с нерасширенным внутренним паховым кольцом;
- 2. Косые паховые грыжи. Задняя стенка пахового канала интактна;
- 3. Косые паховые грыжи с несостоятельной задней стенкой;
- 4. Прямые паховые грыжи без несостоятельности задней стенки пахового канала;
- 5. Прямые паховые грыжи с несостоятельностью задней стенки;
- 6. Рецидивные паховые грыжи (прямые, косые, комбинированные, после лапароскопической герниопластики);
- 7. Бедренные грыжи.

Различают наружные и внутренние грыжи живота. При наружной грыже выпячивание выходит через отверстия брюшной стенки. При внутренних грыжах внутренности попадают в различные брюшные карманы, вызывают часто картину кишечной непроходимости и недоступны исследованию без вскрытия брюшной полости. Следует отметить также, что отверстия и щели брюшной стенки, через которые выходят наружные грыжи, обычно служат для прохождения сосудов и нервов, семенного канатика и круглой маточной связки или находятся в месте перекрещивания мышечно-апоневротических волокон. Эти места брюшной стенки человека являются наиболее слабыми и при соответствующих неблагоприятных условиях определяют образование грыжевого выпячивания.

Послеоперационные вентральные грыжи являются следствием выполненной ранее лапаротомии. Грыжевые ворота при этом возникают вследствие расхождения мышечно-апоневротических слоев брюшной стенки по ходу разреза. Общепринятой классификации послеоперационных грыж нет. Можно пользоваться классификацией Тоскина К. Д. (1983 г.) модифицированной Егиевым В. Н. (2002 г.). При этом на передней брюшной стенке выделяют 9 областей, образованных условными линиями проведенными горизонтально по нижним краям реберных дуг и по верхним краям гребней подвздошных костей. Две вертикальные линии проведены по средне-ключичным линиям. По размерам послеоперационные грыжи делят:

1. малые (занимают 1 область);
2. средние (занимают 2 области);
3. большие (занимают 3 области);
4. гигантские (занимают более 3 областей).

Факторы, способствующие образованию послеоперационной грыжи, наиболее полно сформулированы Нихусом и соавт.:

1. Контролируемые факторы:
 - Ожирение;
 - Тип разреза (продольный или поперечный);
 - Швы (качество нити) и технические особенности операции;
 - Инфекционные осложнения со стороны раны.
2. Неконтролируемые факторы:
 - Возраст;
 - Сепсис;
 - Общие заболевания;
 - Послеоперационные пневмонии;
 - Прочие причины.

Анатомия грыж передней брюшной стенки

Паховый треугольник – область передней брюшной стенки, которая ограничена сверху – горизонтальной прямой, начинающейся на границе между наружной и средней третями паховой связки, медиально – латеральным краем прямой мышцы живота, внизу – медиальными двумя третями паховой связки. Особенности строения брюшной стенки в этой зоне, а также проходящие через него образования (семенной канатик у мужчин и круглая связка матки у женщин) ведут к ослаблению брюшной стенки и благоприятствуют образованию грыжи.

Ослабление брюшной стенки объясняется следующими факторами. Во-первых, здесь отсутствует мощный мышечный слой наружной косой мышцы живота, которая в этой зоне переходит в апоневроз. Во-вторых, паховый треугольник претерпевает изменения и выпячивается в эмбриональный период при прохождении здесь половых органов.

В связи с развитием лапароскопической техники появилась необходимость изучать строение брюшной стенки не только снаружи внутрь, но и изнутри кнаружи. При осмотре изнутри передней брюшной стенки и ниже пупка отчетливо видны 5 складок брюшины:

1. по средней линии – *plica Umbilicalis mediana* (в ней проходит облитерированный урахус);

2. латеральнее – парные складки- *plica Umbilicalis medialis* (в них проходят облитерированные пупочные артерии);

3. еще латеральнее – *plica Umbilicalis lateralis* (под ними проходят нижние надчревные артерии и вены).

Между этими складками соответственно образуются медиальная и латеральные паховые ямки.

В этой же зоне предбрюшинно расположены сосуды, нервы, семявыносящий проток.

Паховый канал у взрослых имеет около 4 см в длину и расположен на 2–4 см выше паховой связки. Канал расположен между глубоким и наружным паховыми кольцами и содержит у мужчин семенной канатик и у женщин – круглую связку матки. Канал располагается над внутренней половиной паховой связки и проходит снаружи внутрь, сверху вниз и сзади наперед. В паховом канале различают четыре стенки:

1. Передняя – апоневроз наружной косой мышцы живота и *fibrae intercrurales*;

2. нижняя – паховая связка;

3. верхняя – нижний край внутренней косой и поперечной мышц живота;

4. задняя – поперечная фасция.

Связка Купера расположена позади верхней ветви лонной кости и может быть определена как плотная фиброзная структура, покрывающая верхнюю ветвь лобковой кости сзади.

Важным для хирургов и эндохирургов является знание рокового треугольника. Это пространство расположено между семявыносящим протоком и яичковыми сосудами. В этой зоне под брюшиной и поперечной фасцией проходят наружные подвздошные сосуды. Об этом необходимо помнить при наложении швов и скобок при эндохирургических вмешательствах.

Под паховой связкой непосредственно у лонной кости (их соединение закругляет лакунарная связка) расположена сосудистая лакуна. Между лакунарной связкой и наружной подвздошной веной расположено внутреннее отверстие бедренного канала, что отчетливо видно при лапароскопии. Переднюю стенку бедренного канала образует паховая связка (или подвздошно-лонный тракт), заднюю – верхняя ветвь лобковой кости, гребенчатая мышца и связка Купера, латеральную – бедренная вена, медиальную – лакунарная связка. В норме бедренный канал содержит жировую ткань и лимфатические узлы. При повышении внутрибрюшного давления через него могут выходить бедренные грыжи.

Этиология и составные элементы грыж

Образование грыжи обуславливается причинами общего и местного характера. В свою очередь общие причины можно разделить на:

1. конституциональные;

2. предрасполагающие;

3. производящие.

К группе предрасполагающих причин относятся: наследственность, возраст, пол, степень упитанности, особенности телосложения.

Производящие причины связаны с повышением внутрибрюшного давления и с ослаблением прочности брюшной стенки.

К местным причинам относятся особенности анатомического строения той области, где появляется грыжевое выпячивание.

На этиопатогенезе грыжи особенно ярко сказывается влияние возраста. В раннем детстве образование грыжи связано с анатомическими особенностями, характерными для этого возраста, например, с незаращением влагалищного отростка, слабостью брюшной стенки в области пупка. Появление грыжи в зрелом возрасте объясняется интенсивной трудовой деятельностью, которая при наличии анатомических особенностей человека может способствовать образованию грыж. Значение в происхождении грыжи имеет и вес больных, телосложение и степень развития мускулатуры. У лиц с мало развитой мускулатурой брюшная стенка является более слабой, что может служить одним из предрасполагающих моментов для появления грыжи.

Особое значение в образовании грыж передней брюшной стенки следует придавать внутрибрюшному давлению, которое изменчиво и зависит от следующих факторов:

- 1) напряжения мышц брюшного пресса;
- 2) давления со стороны диафрагмы;
- 3) степени наполнения желудка и кишечника;
- 4) положения тела.

Кроме того, повышение внутрибрюшного давления может определяться как внешними, так и внутренними причинами. Считается, что появление паховой грыжи у взрослых в 70–80 % наблюдений обусловлено физическим напряжением. Оно может действовать как в течение длительного срока, так и в виде однократного чрезмерного напряжения мышц брюшного пресса. У одних больных грыжа развивается постепенно, у других – появляется сразу после поднятия какой – либо тяжести или при попытке удержать её. Повышение внутрибрюшного давления может иметь место при трудных родах, длительном кашле, длительных потугах (во время дефекации) у больных, страдающих запором, затрудненным мочеиспусканием (при доброкачественной гиперплазии предстательной железы).

Таким образом, основным этиологическим моментом в образовании приобретенных наружных грыж является сочетание чрезмерного повышения внутрибрюшного давления со слабостью (неполноценностью) передней брюшной стенки в области естественных каналов и щелей в мышечно-апоневротических тканях.

К врожденным грыжам обычно приводят нарушения эмбрионального развития: задержка в опускании яичек, незаращение брюшинных отростков и др.

Различают три составные части грыжи:

- 1) грыжевые ворота;
- 2) грыжевой мешок;
- 3) грыжевое содержимое.

Грыжевые ворота – это дефект в брюшной стенке, через которое выходит грыжевое содержимое. Грыжевыми воротами чаще являются так называемые “слабые места” брюшной стенки, например, паховые ямки, пупочное кольцо и т. д. Кроме этих анатомически предусмотренных слабых зон, дефекты в мышечно-

апоневротическом слое могут получаться в результате закрытой травмы живота с разрывом мышц или апоневрозов, а также после ранений или хирургических вмешательств. Форма и величина грыжевых ворот бывает различной: щелевидная, округлая, треугольная и т. д. Диаметр грыжевых ворот в одних случаях может быть от одного до нескольких десятков сантиметров. Вначале грыжевые ворота имеют форму канала, который постепенно укорачивается и расширяется.

Грыжевой мешок представляет ту часть пристеночной брюшины, которая выпячивается в виде дивертикула через грыжевые ворота. Грыжевой мешок может быть врожденным, представляя собой незаросший отросток брюшины, (например, при паховой грыже у детей) или приобретенным, представляя собой выпячивание брюшины, образующееся в процессе жизни человека. Приобретенные грыжевые мешки развиваются постепенно, появляясь вначале в виде небольшого углубления брюшины в местах физиологических отверстий брюшной стенки. Форма грыжевых мешков весьма различная. Она может быть цилиндрическая, шаровидная, грушевидная, четкообразная и т. д. В грыжевом мешке принято различать *устье, шейку, тело и дно*.

Устьем грыжевого мешка называется то место, которое соединяет грыжевой мешок с брюшной полостью. Чаще устье представляет собой округлое отверстие, окруженное складками. Вначале эти складки очень нежные. При срастании их устье мешка грубеет и уплотняется.

Шейка мешка является наиболее узким местом. Она соединяет устье и тело мешка, имеющее различную длину в зависимости от размера грыжи. Иногда грыжевой мешок имеет внутри различные перемычки и тогда является многокамерным. Размеры грыжевого мешка колеблются в очень широких пределах: от нескольких сантиметров до десятков сантиметров в диаметре. Грыжевой мешок окружен снаружи предбрюшинной клетчаткой, в которой может наблюдаться разрастание жировых образований.

В качестве содержимого в грыжевом мешке может находиться любой орган брюшной полости. Чаще грыжевым содержимым бывает тонкая кишка, как наиболее подвижный орган. Второе место занимает сальник, третье – толстая кишка и особенно подвижные её отделы – слепая кишка с червеобразным отростком, поперечная и сигмовидная кишки.

Приобретенная косая паховая грыжа в своем развитии проходит ряд последовательных стадий (Крымов А. П., 1929 г.):

1. Начинаяющаяся косая грыжа, когда дно грыжевого мешка достижимо пальцем, введенным в наружное отверстие пахового канала, только при натуживании больного;
2. Канальная грыжа, при которой дно грыжевого мешка доходит до наружного отверстия пахового канала;
3. Косая грыжа семенного канатика, при которой грыжа выходит из пахового канала и определяется в паховой области;
4. Косая пахово-мошоночная грыжа, при которой грыжевой мешок, следуя ходу семенного канатика, спускается в мошонку.

Прямой называют такую паховую грыжу, при которой брюшина выпячивается в области медиальной паховой ямки и проникает в паховый канал через паховый промежуток, вне семенного канатика. Кукуджанов Н. И. (1969 г.) выделяет следующие виды прямых паховых грыж:

1. Начинаящаяся грыжа, при которой имеется небольшое выпячивание задней стенки пахового канала;

2. Интерстициальная паховая грыжа достигает значительных размеров, помещаясь в основном в паховом канале, позади апоневроза наружной косой мышцы живота;

3. Пахово-мошоночная грыжа, при которой грыжевое выпячивание выходит из пахового канала через наружное отверстие и спускается в мошонку, располагаясь вне семенного канатика.

В тех случаях, когда орган, расположенный эктра или мезоперитонеально, опускается (соскальзывает) в подкожную клетчатку рядом с грыжевым мешком (он может составить даже одну из стенок грыжевого мешка), грыжа называется *скользящей*. При этом виде грыжи в образовании грыжевого мешка кроме париетальной брюшины принимает участие и висцеральная. Скользящие грыжи встречаются в 2–5 % всех наблюдений грыж. Наиболее часто встречаются скользящие грыжи мочевого пузыря, слепой кишки, матки и яичников, реже – сигмовидной и нисходящей кишки, мочеточников. Грыжи слепой кишки бывают экстраперитонеальными и параперитонеальными. В первом случае грыжевого мешка нет, а грыжевое выпячивание образовано задней (лишенной брюшины) стенкой слепой кишки. Во-втором, наружная и задняя часть грыжевого мешка образована внутрибрюшинной частью кишки, а остальная часть кишки лежит за пределами грыжевого мешка. Паховые скользящие грыжи наблюдаются в 7 раз чаще, чем бедренные.

Клиника

Субъективные признаки грыжи редко сводятся к болевым ощущениям. Часто боли наблюдаются лишь вначале её образования и локализуются в животе, пояснице, в месте выхода грыжи. Появление боли обычно совпадает с вхождением внутренностей в грыжевой мешок или с вправлением грыжевого содержимого в брюшную полость. Иногда (кроме болей) могут наблюдаться различного рода расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, отрыжка, запоры, вздутие живота). При больших паховых грыжах, если содержимым грыжи является стенка мочевого пузыря, могут быть дизурические расстройства.

Наиболее объективным симптомом, характерным для грыжи, является наличие припухлости (деформации брюшной стенки). Грыжевое выпячивание имеет различную форму – шаровидную, грушевидную, цилиндрическую, удлинённо – овальную и т. п. Появление грыжевой припухлости связано обычно с напряжением брюшного пресса. При неосложненной грыже в положении больных лежа выпячивание самостоятельно или при помощи ручного вправления входит в брюшную полость. Если грыжа невправимая, её содержимое остается в грыжевом мешке при любом положении больного, несмотря на попытки вправления. В самом начале развития грыжи выпячивание может быть невидимым. Оно определяется лишь при пальпации через грыжевой канал. Эта стадия называется начальной (канальной) грыжей. Для правильного решения вопроса о наличии или отсутствии грыжевого выпячивания необходимо исследовать больного неоднократно в различных положениях, прибегая к дополнительным приемам – длительной ходьбе, поднятию тяжестей и т. д., так как при недостаточной ширине грыжевых ворот внутренности выходят за их пределы только при физическом, нередко значительном, напряжении. Для исследования грыже-

вого канала или отверстия, через которое выходят внутренности, больного целесообразно осматривать лежа на спине (иногда – с согнутыми в коленях ногами – для полного расслабления брюшного пресса). В этом положении при пальпации легко определяются форма, размеры и направление грыжевых ворот. За время натуживания больного исследующий пальцем ощущает, как внутренности выходят в грыжевой мешок. При постепенном извлечении пальца вслед за ним выходит и покрытое париетальной брюшиной грыжевое содержимое. Если размер грыжевого выпячивания небольшой при пальпации удается обнаружить лишь щелевидное отверстие, едва пропускающее кончик пальца. Очень важным признаком для распознавания грыж является наличие так называемого “кашлевого толчка”. Наступающее при кашле быстрое и резкое повышение внутрибрюшного давления выталкивает внутренности из брюшной полости в грыжевой мешок. Кроме осмотра и пальпации при обследовании больного с грыжей необходимо применять перкуссию и аускультацию, которые позволяют определять в содержимом грыжи наличие полого органа (тимпанический звук при перкуссии) и перистальтические шумы при аускультации.

Определенную трудность в диагностике представляют невправимые грыжи. В этих случаях грыжевое содержимое полностью или частично задерживается в грыжевом мешке. Обычно невправимая грыжа мало изменяет величину и форму при перемене положения тела, но при натуживании она может увеличиваться в объеме, что нередко сопровождается болями, тошнотой, запорами, вздутием живота и другими симптомами.

Особые трудности представляет распознавание до операции скользящей грыжи. Здесь помогает информация о давности грыженосительства, невраивимости грыжи, выявление при рентгеновском исследовании в грыжевом мешке слепой или сигмовидной кишок. Хирург, не распознавший скользящую грыжу может столкнуться во время операции с осложнениями. Прежде всего можно произвести рассечение органа вместо грыжевого мешка, соскользнувшего вместе с мешком в подкожную клетчатку.

Дифференциальная диагностика косых и прямых паховых грыж

Косая паховая грыжа	Прямая паховая грыжа
1. Встречается чаще в 10 раз	1. Встречается реже в 10 раз
2. Чаще односторонняя	2. Чаще двусторонняя
3. Может быть врожденной	3. Только приобретенная
4. Грыжевые ворота – глубокое паховое кольцо	4. Грыжевые ворота – паховый промежуток, поверхностное кольцо
5. Направление хода грыжи – чаще косое	5. Направление хода грыжи – чаще прямое
6. Проходит через паховый канал	6. Не проходит через паховый канал
7. Отношение к паховой связке – параллельное	7. Отношение к паховой связке – перпендикулярное
8. Форма грыжевого мешка – овальная	8. Форма грыжевого мешка – округлая
9. Чаще ущемляется	9. Реже ущемляется
10. Чаще у молодых	10. Чаще у стариков

Осложнения грыж

1. Воспаление грыжи. Чаще всего воспалительный процесс индуцируется воспалительными изменениями грыжевого содержимого (кишка, червеобразный отросток, женские половые органы) в грыжевом мешке, а затем и на коже. Воспаление может быть серозным, гнойным, гангренозным и гнилостным.

2. Копростаз чаще развивается у престарелых больных с неправимыми грыжами. У женщин копростаз развивается, как правило, при больших пупочных грыжах, а у мужчин – больших паховых грыжах.

3. Невправимость грыжи представляет собой фиксацию грыжевого содержимого спайками и сращениями с внутренней поверхностью грыжевого мешка. Невправимыми чаще всего бывают скользящие грыжи, при длительном грыженосительстве и травматизации (бандажом).

4. Ущемление грыжи – сжатие грыжевого содержимого в зоне грыжевых ворот с нарушением кровообращения в ущемленном органе.

Виды ущемлений:

- а) по этиопатогенетическим признакам – каловое, эластическое, смешанное;
- б) по характеру ущемлений грыжевого содержимого – обычное, ретроградное, интерстициальное. Особый вид ущемления грыж представляют варианты впервые продемонстрированные Рихтером, Литтре (рис. 1, 2) и др.

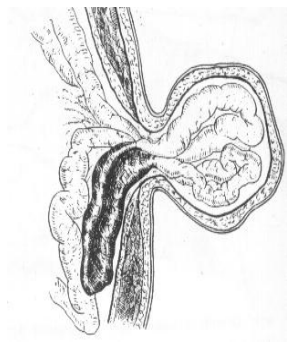


Рис. 1. Ретроградное ущемление (грыжа Литтре).

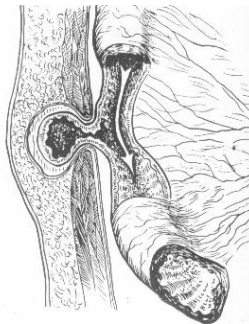


Рис. 2. Пристеночное (Рихтеровское) ущемление

Главные симптомы ущемления: неспособность грыжевого выпячивания, болевой синдром в области выпячивания, развитие проявлений острой кишечной непроходимости.

Лечение

Лечение грыжи должно быть только оперативным, так как только операция является единственным приемлемым методом лечения, как в смысле радикальности, так и профилактики осложнений грыж.

Консервативное лечение может проводиться лишь при некоторых видах грыж. Например, при пупочной грыже, которая в раннем детском возрасте мо-

жет самоустраниться. Кроме того, плановое хирургическое лечение невозможно при наличии общих противопоказаний к радикальной операции.

Необходимо распознавать грыжи в ранних стадиях их развития. В этом отношении большое значение имеет диспансерное обследование населения, которое позволяет выявить грыженосителей и направлять их на операцию до развития осложнений заболевания. Использование бандажа необходимо в случаях, когда оперативное лечение по тем или иным причинам противопоказано.

Противопоказания к оперативному лечению при грыже могут быть абсолютными и относительными.

К абсолютным противопоказаниям относятся острые инфекционные процессы или их последствия, тяжелые хронические болезни, злокачественные новообразования и т. п.

Относительным противопоказанием является ранний детский возраст (не следует оперировать ослабленных детей до полугода). Не рекомендуется оперировать также глубоких стариков (особенно при наличии у них хронических заболеваний); беременных женщин в поздние сроки беременности (за 2–3 месяца до родов).

Эти противопоказания необходимо учитывать лишь по отношению к больным с несложненной грыжей. В случае ущемления грыжи эти противопоказания не учитываются.

История лечения паховых грыж начинается с 1884 г., когда Бассини впервые описал свою методику операции при паховых грыжах.

Основные принципы оперативного лечения паховых грыж сформулированы Н. И. Кукуджановым в его монографии:

1. Полное вскрытие пахового канала;
2. Высокое удаление грыжевого мешка;
3. Восстановление глубокого отверстия пахового канала до нормальных размеров при его расширении или разрушении;
4. Восстановление поперечной фасции в пределах ее укрепленных отделов при разрушении задней стенки;
5. Низведение при высоких паховых промежутках боковых мышц живота за их сухожильную часть и влагалища прямой мышцы живота с применением послабляющего разреза на нем для избежания натяжения в швах;
6. Воссоздание и восстановление функционирующего свода пахового канала без пришивания косых мышц живота;
7. Сохранение и восстановление косо направленного пахового канала с сужением мышцами его внутреннего отверстия;
8. Использование связки Купера, особенно в медиальном отделе пахового промежутка;
9. Сшивание фасций и апоневрозов во всех ответственных местах;
10. Использование тканей при восстановлении пахового канала строго по слоям;
11. Аллопластика или аутопластика передней или задней стенки пахового канала при повторных операциях при явной несостоятельности тканей и рубцовом перерождении мышц.

Все применяемые методики пластик паховых грыж по доступу и способу выполнения можно объединить в несколько основных групп:

1. способы пластики передней стенки;
2. способы пластики задней стенки;
3. «Ненатяжные» способы пластики.

Способы пластик передней стенки пахового канала (Жирара, Спасокукоцкого, Мартынова, Оппеля и др.) в настоящее время применяются редко. Более надежные и чаще применяемые способы пластик задней стенки пахового канала.

1. Метод Бассини. После перевязки и погружения шейки грыжевого мешка выделяют семенной канатик. Внутреннюю косую и поперечную мышцы подшивают к пупартовой связке и таким образом создают заднюю стенку пахового канала. На подшитую мышцу укладывают семенной канатик и над ним сшивают края апоневроза наружной косой мышцы живота.

2. Метод Мак-Вей. Производится иссечение разволокненной поперечной фасции. Выполняют послабляющий разрез апоневротического влагалища прямой мышцы живота. Влагалище прямой мышцы подшивается к Куперовой связке. Пластику задней стенки начинают от лонного бугорка и продолжают по Куперовой связке. Сшивают внутреннюю косую и поперечную мышцы с Куперовой связкой. Семенной канатик укладывается в свое обычное положение и апоневроз наружной косой мышцы сшивается без образования дубликатуры.

3. Метод Постемпского. Апоневроз наружной косой мышцы живота рассекают ближе к паховой связке. Выделяют семенной канатик и рассекают место прикрепления внутренней косой и поперечной мышц к Пупартовой связке в латеральную сторону от глубокого отверстия пахового канала. После этого мышцы зашивают. Сверху накладывается шов в 4 слоя- верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с краем внутренней косой и поперечной мышцы живота и поперечную фасцию. В первые 2 медиальных шва захватывают край прямой мышцы и пришивают под семенным канатиком к паховой связке вместе с нижним лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота. При этой пластике паховый канал ликвидируется, а семенной канатик располагается под кожей.

4. Метод Кукуджанова Н. И. После вскрытия пахового канала и выделения задней стенки рассекается поперечная фасция и иссекается ее разволокненная часть. Выделяется связка Купера. В медиальном отделе пахового промежутка захватывают 3–4 швами край глубокого листка влагалища прямой мышцы живота и тремя швами подшивают его к Куперовой связке, начиная от лонного бугорка, не затрагивая фасциального футляра, покрывающего подвздошные сосуды. В латеральном отделе пахового промежутка 3–5 швами подшивают апоневроз поперечной мышцы вместе с краем поперечной фасции к подвздошно-лобковому тяжу. Самый последний шов накладывают у медиального края глубокого отверстия пахового канала в виде киста, захватывая сверху и снизу укрепленные отделы поперечной фасции, снаружи оболочку семенного канатика. Этим швом формируют внутреннее отверстие пахового канала. Производится послабляющий разрез влагалища прямой мышцы живота. Поверх семенного канатика сшивают дубликатурой апоневроз наружной косой мышцы живота.

5. «Многослойный» метод Шолдайса. Выполняется дубликатура поперечной фасции. Захватывается в шов стенка влагалища прямой мышцы живота у лонного бугорка. Латеральный лоскут подшивают к медиальному, отступая от его края 2–3 см. Шов накладывают до тех пор, пока не будет сформирован ме-

диальный участок внутреннего пахового кольца. Затем нить захлестывают и подшивают медиальный лоскут к паховой связке в направлении от внутреннего отверстия пахового канала к лонной кости. Следующая линия швов фиксирует двумя рядами непрерывных швов апоневроз внутренней косой и поперечной мышц живота к паховой связке. Ключевым элементом пластики Шолдайса является создание дубликатуры поперечной фасции. По данным самого автора, на 6000 грыжесечений, произведенных в его госпитале процент рецидивов составил 0,6 %, а по данным других авторов процент рецидива составляет 1,3 %. Следует сказать, что это один из лучших результатов среди различных способов пластик.

Наряду со способами пластики пахового канала со стороны передней брюшной стенки развиваются способы, которые предполагают ушивание пахового канала со стороны брюшной полости или предбрюшинного пространства (Annandal, La Rogue, Cheatle и др.).

Существуют и так называемые комбинированные способы, которые сочетают внутрибрюшинные и внебрюшинные вмешательства. Брюшную полость вскрывают, выделяют шейку грыжевого мешка, перевязывают и отсекают его периферическую часть. Далее вскрывают паховый канал и укрепляют его тем или иным способом. Комбинированные доступы больше показаны при невправимых, скользящих и других сложных формах паховых грыж (Венгловского-Славинского-Островского, О. Э. Луцевич, Nyhus и др.).

Несколько позже вышеназванных методов начали развиваться ненатяжные способы пластик пахового канала и способы с применением инородных тканей. История этих способов насчитывает уже более 100 лет.

Еще в конце 19 и начале 20 столетий были попытки использовать для шва грыжевых ворот ленту из собственной фасции (способ Макатура-Зеелинга, 1901 г.), способ Галли-Ле Мезюлье (1924 г.) предполагал создание сетки швами из широкой фасции бедра, способ Кишнера (1923 г.) предполагал использовать свободный лоскут широкой фасции бедра. Этот способ можно считать одним из первых способов ненатяжной пластики, так как именно здесь реализован принцип при котором фасция замещает дефект задней стенки пахового канала, не натягивая собственные ткани, формирующие и окружающие паховый канал.

Интересными оказались попытки использовать для укрепления больших дефектов задней стенки пахового канала сетки из серебра, нержавеющей стали (McFilander, 1946 г.), тантала (Carney, 1942 г.). Но применение металлических сеток не получило распространения из-за их окисления и распада. Из синтетических материалов первым описано применение целлоидина (Dittel, 1890), резины и каучука (Murray, 1906). Но эти материалы вызывали резкую реакцию тканей и отторжение.

Более широкое применение нашли материалы из синтетических пластмасс, такие как полиамиды (нейлон, капрон), полиэфиры (лавсан, терилен), сетки из поливинилалкоголя (иволон), полиэтиленовые пластины (марлекс). Первоначально эти сетки применялись в основном при послеоперационных грыжах. Наиболее широко используемым синтетическим материалом является полипропилен. Обширный опыт применения такой сетки (во время войны во Вьетнаме) и длительное клиническое наблюдение в хирургическом лечении грыж подтвер-

дило такие ее качества как неаллергичность, неонкогенность, высокая резистентность к инфекции.

Можно выделить несколько факторов когда наиболее целесообразно использование аллопластики:

1. Возраст людей старше 50 лет;
2. Молодые люди, которым необходимо как можно быстрее вернуться к работе;
3. Двусторонние и скользящие грыжи;
4. Больные, страдающие ожирением.

В настоящее время наиболее часто выполняется ненатяжная пластика по Лихтенштейну (рис. 3). Эта методика предусматривает выполнение традиционного пахового доступа и обработку грыжевого мешка. Высоко отсекаровывают апоневроз наружной косой мышцы живота от подлежащих тканей. Полипропиленовая сетка моделируется по форме задней стенки пахового канала. Сетку укладывают под семенным канатиком и фиксируют швами к надкостнице лонной кости, паховой связке, внутренней косой мышце живота. В области латерального края трансплантата формируют внутреннее отверстие пахового канала. Операцию завершают восстановлением передней стенки пахового канала.

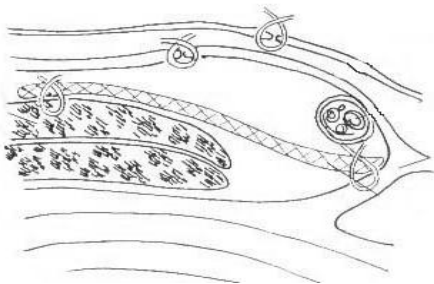


Рис. 3. Ненатяжная пластика по Лихтенштейну. Сетку укладывают под семенным канатиком и фиксируют швами к надкостнице лонной кости, паховой связке, внутренней косой мышце живота (цит. Е. Н. Егиева, 2002 г.)

Общий процент осложнений после пластики по Лихтенштейну составляет по разным авторам до 0,2 %, а процент рецидивов 0,1 %.

Методика Plug and patch находит в настоящее время широкое применение. При этом после выделения грыжевого мешка и его погружения (без предварительной перевязки), в образовавшуюся воронку брюшной полости вводят полипропиленовую сетку, смоделированную в форме волана, с последующей пластикой по методике Лихтенштейна.

Также в настоящее время развивается лапароскопическая пластика пахового канала. В основе лапароскопической герниопластики лежит использование сетки, которая укрепляет слабые места передней брюшной стенки. Предварительно хирург должен последовательно идентифицировать связку Купера, апоневроз поперечной мышцы и подвздошно-лонный тракт. Эти структуры служат местами прикрепления сетки.

В 1979 г. в США хирургами во главе с R. Ger была впервые выполнена герниопластика путем закрытия внутреннего пахового кольца наложением скобок эндостеплером, проведенным в брюшную полость под контролем лапароскопии.

скопа. Большой вклад в развитие эндовидеохирургической герниопластики внес Fidzigibbons. Он является автором метода предбрюшинного размещения сетчатого протеза при трансабдоминальном доступе, т. е. истинно лапароскопической герниопластики, которая в настоящее время приобрела наибольшее распространение.

Лапароскопическая предбрюшинная протезирующая герниопластика (ТАРР) выполняется под эндотрахеальным наркозом в условия миорелаксации. При этой операции важно точно ориентироваться в анатомии задней стенки пахового канала. При косых паховых грыжах грыжевой дефект расположен латеральнее нижних эпигастральных сосудов, в области латеральной паховой ямки, а при прямых – в области медиальной. Брюшина отсепаровывается от предбрюшинной клетчатки, тупым путем выделяется грыжевой мешок и фиксируется заплата из сети с помощью грыжевого степлера.

Эндовидеохирургическая внебрюшинная протезирующая герниопластика (ТЕР) осуществляется без вхождения в брюшную полость, т. е. без лапароскопии, путем формирования предбрюшинного рабочего пространства с помощью специальных баллонов – дилататоров. В созданном предбрюшинном пространстве тупым путем разделяются рыхлые сращения. Грыжевой мешок выделяется из элементов семенного канатика. Освобождается поперечная фасция к которой далее производится фиксация протеза.

Лапароскопическая внутрибрюшинная герниопластика выполняется в условиях напряженного карбоксиперитонеума (давление CO₂ – 15 мм рт. ст.). Для внутрибрюшинного расположения протеза можно применять только политетрафторэтилен, а не полипропилен. Содержимое грыжевого мешка выводится в брюшную полость. Причем мешок не резецируется и не перевязывается. В брюшную полость вводится политетрафторэтиленовый имплантант. Превышающий размер грыжевого дефекта минимум на 1 см по периметру и фиксируется скобками над грыжевым дефектом.

Подходы к лечению пупочных и грыж белой линии живота, небольших послеоперационных грыж в настоящее время обсуждаются и многие авторы считают возможной пластику местными тканями (Тоскин К. Д., Жебровский В. В., 1983).

При пупочных и грыжах белой линии живота применяется наиболее известная в России пластика по Сапежко (создание продольной дубликатуры белой линии живота с обязательным захватом прямых мышц живота с обеих сторон. По данным Sumpelick (1996 г.) число рецидивов после этой операции составляет 20–40 %.

Применяется методика Piccoli (простое ушивание апоневроза с созданием дубликатуры) и пластика по Маю (создание поперечной дубликатуры). При небольших пупочных грыжах у детей возможно выполнение пластики по Лексеру (наложение кисетного шва на пупочное кольцо).

При больших и гигантских послеоперационных грыжах лишь некоторые авторы продолжают использовать пластику местными тканями (Петровский Б. В., Напалков Н. Н. и др.).

В настоящее время все более широкое применение находят пластики с применением алломатериалов. По доступам все методы можно разделить на две группы: 1) лапароскопические пластики и 2) открытые пластики.

Первое упоминание об использовании лапароскопической технологии в лечении грыж брюшной стенки с применением полипропиленовой сетки отно-

сится к 1979 г. (R. Ger). Впервые лапароскопическая герниопластика при вентральной грыже была описана в 1992 году (Carter J. E.). В 1994–1995 гг. появились работы, определившие технику лапароскопической герниопластики при послеоперационных грыжах, как внутрибрюшинное расположение протеза с применением ненатяжной пластики (Saiz A., 1995). Этот метод и сегодня является основным эндоскопическим методом герниопластики. Кроме этого метода может применяться лапароскопическая внебрюшинная герниопластика.

Из открытых пластик послеоперационных грыж с применением аллоплантов существует несколько методик.

Inlay технология при которой сетка помещается в предбрюшинном пространстве, позади апоневроза и предупреждает образование сером подкожной клетчатки.

Onlay технология при которой производится пластика грыжевых ворот (по любой из известных методик), затем поверх линии швов укладывается сетка и подшивается к апоневрозу. Возможно сочетание этих методик с расположением сеток как под апоневрозом, так и на нем.

Наиболее широкое распространение нашел метод ненатяжной пластики, при котором аллоплант замещает дефект в апоневрозе без сопоставления собственных тканей.

Профилактика

Предупреждение грыжи в значительной степени обуславливается хорошим развитием мускулатуры. Поэтому ранние и систематические занятия физкультурой и спортом, несомненно, являются одним из лучших способов предупреждения формирования грыж. Правильное сочетание физической работы с отдыхом и спортивными занятиями имеет, несомненно, благоприятное значение.

Экспертиза нетрудоспособности

После пахового грыжесечения больной, как правило, находится в отделении до 7 суток при неосложненном течении послеоперационного периода. После эндовидеохирургических операций выписка может осуществляться, начиная с 3–4 суток. Выписывается под наблюдение хирурга поликлиники и находится на больничном листке 21–28 дней.

После грыжесечения по поводу больших вентральных грыж больной, как правило, находится в отделении до 10 суток при неосложненном течении послеоперационного периода. После эндовидеохирургических операций выписка может осуществляться, начиная с 4–5 суток. Выписывается под наблюдение хирурга поликлиники и находится на больничном листке до 28 дней.

Ущемленные грыжи

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости ущемленные грыжи составляют от 4 до 6 %

Ущемление грыжи – внезапное или постепенное сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах. Ущемлённые грыжи наблюдаются преимущественно у больных среднего и пожилого возраста, несколько чаще у мужчин. Среди ущемленных грыж преобладают паховые и бедренные, реже – пупочные и послеоперационные, ещё реже – грыжи белой линии.

Ущемление паховых грыж чаще наблюдаются у мужчин, а бедренных и пупочных – у женщин.

Этиология, патогенез ущемлённых грыж

Чаще всего непосредственная причина ущемления – повышение внутрибрюшного давления. Предрасполагающие условия – относительная узость грыжевого отверстия, рубцовые изменения в области шейки грыжевого мешка, плотные рубцовые сращения.

В результате ущемления развиваются расстройства кровообращения в ущемлённом органе, глубина и последствия которых определяются рядом обстоятельств:

- продолжительностью времени ущемления;
- степенью сдавления грыжевого содержимого в зоне ущемления;
- чувствительностью тканей ущемленного органа к гипоксии.

В первые часы после ущемления кишки происходит нарушение кровообращения. Прежде всего сдавливаются вены, возникает венозный стаз. Кишка становится отёчной, синюшной. Жидкая часть крови пропотевает в стенку кишки и в ее просвет, а также в полость грыжевого мешка, образуя так называемую «грыжевую воду». Последняя вначале прозрачная, затем становится мутной с признаками содержания гемолизированной крови. Вследствие продолжающегося ущемления в стенке кишки сдавливаются, а затем тромбируются сосуды, артерии и вены. В результате этого наступает омертвление ущемленной кишечной петли.

Наиболее ранние и глубокие изменения развиваются в слизистой оболочке кишки. Это следует иметь в виду при определении жизнеспособности кишки.

В результате острой кишечной непроходимости, возникающей при ущемлении кишки, прежде всего нарастают патологические изменения в приводящем отделе кишки (выше ущемления). Благодаря повышению внутрикишечного давления, сосуды кишечной стенки сдавливаются, ее кровообращение нарушается. Микробы и их токсины проникают через изменённую (лишенную барьерных функций) стенку кишки в брюшную полость и развивается перитонит.

У престарелых больных вследствие возрастных изменений органов и систем, склероза сосудов и других причин необратимые деструктивные изменения в ущемлённых органах развиваются быстрее, чем у больных молодого возраста.

Клиника

Клиническая картина ущемления грыжи весьма характерна и, как правило, типична. Ущемление обычно сопровождается внезапной интенсивной болью в области грыжевого выпячивания. Иногда, особенно у пожилых и старых людей, боль незначительная и сравнительно легко переносится. В других случаях, особенно у молодых людей, болевой синдром интенсивен и может сопровождаться гемодинамическими нарушениями (тахикардией и снижением артериального давления). Боль чаще всего постоянная, усиливающаяся. При развившейся острой непроходимости кишечника может появляться схваткообразная боль в животе. Иногда, несмотря на сохраняющееся ущемление, самостоятельно боль стихает, что как правило свидетельствует об омертвлении кишки. Выяснение характера боли и динамика развития болевого синдрома имеет большое диагностическое значение.

Кардинальный признак ущемленной грыжи – неспособность ранее вправимого грыжевого выпячивания в брюшную полость.

Грыжевое выпячивание увеличивается в объёме, становится напряженным и болезненным. При перкуссии определяется притупление (если в грыжевом мешке содержится жидкость или сальник) или тимпанит (если в грыжевом мешке раздутая петля кишки).

Важным клиническим признаком ущемления грыжи является также отсутствие кашлевого толчка в области грыжевого выпячивания.

Ущемление грыжи нередко может сопровождаться рвотой. Вначале рвота возникает рефлекторно. Позднее обуславливается эндогенной интоксикацией.

При ущемлении кишки развивается острая кишечная непроходимость. В этих случаях при обследовании больного определяется вздутие живота, усиление перистальтики кишечника. У некоторых больных (при высокой тонкокишечной непроходимости) газы и кал могут отходить. Характерно, что опорожнение кишечника при этом не улучшает самочувствие больного.

Общее состояние больного первое время после ущемления грыжи остаётся удовлетворительным. С течением времени появляются слабость, сухость во рту. Пульс и температура тела изменяются незначительно. В дальнейшем, с нарастанием явлений острой кишечной непроходимости, самочувствие и состояние больного быстро ухудшается из-за развития эндотоксикоза и перитонита.

Изолированное ущемление сальника, маточной трубы, яичника, мочевого пузыря сопровождается болевым синдромом и нарушением функции этих органов. Явления острой кишечной непроходимости в этих случаях отсутствуют в связи с чем в клинической картине ущемленной грыжи ведущим становится болевой синдром в области грыжевого выпячивания.

Особого внимания заслуживают ущемленные грыжи у людей старческого возраста. Симптомы ущемления у таких больных обычно не яркие и не выражены. Боль в области грыжевого выпячивания неинтенсивна. Этим болям престарелые люди могут не придавать должного значения. Только при терпеливом и настойчивом расспросе больного удастся выяснить, что имело место внезапное усиление болей в животе и в области грыжевого выпячивания, сопровождавшееся тошнотой или рвотой. Попытки вправить грыжу при этом способствуют усилению боли и, как правило, оказываются неэффективными.

Острая кишечная непроходимость, развивающаяся в связи с ущемлением грыжи у стариков, так же имеет ряд особенностей. Так, период «илеусного крика», сопряженный с усилением перистальтики в приводящей кишке, у людей пожилого возраста непродолжителен, и быстро сменяется парезом кишечника со вздутием живота.

При некрозе ущемлённого органа (чаще кишки) появляются симптомы эндотоксикоза и перитонита: ухудшение общего состояния, слабость, сухость во рту, жажда, тахикардия, вздутие живота, повышение температуры тела. У больных пожилого и старческого возраста эти симптомы обычно выражены слабее, чем у людей молодого возраста.

Специальные методы исследования редко позволяют получить более существенные, чем при клиническом исследовании, данные. Определенное значение может иметь обзорная рентгенография живота при острой кишечной непроходимости. В остальных случаях настойчивое использование методов специальной диагностики лишь приводит к неоправданной трате времени, что при ущемленных грыжах недопустимо.

Дифференциальная диагностика при ущемленных паховых грыжах проводится с:

1. Паховым, бедренным лимфаденитом;
2. Метастазами опухолей в паховые лимфоузлы;
3. Увеличением лимфоузлов при системных заболеваниях;
4. Натёчными абсцессами при туберкулезе позвоночника;
5. Тромбозом варикозно-измененной большой подкожной вены бедра.

Лечение больных с ущемлёнными грыжами

Ущемление – самое опасное осложнение грыжи, для устранения которого требуется немедленное оперативное лечение. Несмотря на успехи хирургии, проблема лечения ущемлённых грыж не утрачивает своей актуальности. Единственным методом лечения больных с ущемлённой грыжей является неотложная операция. Противопоказаний к операции при ущемлении грыжи нет. В случае категорического отказа больного от госпитализации и операции он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской карте и взятием расписки. В случае самовольного ухода больного из приемного отделения об этом сообщается на станцию скорой медицинской помощи, в поликлинику по месту жительства и делается активный вызов хирурга на дом.

Применение таких консервативных мероприятий, как ванны, тепло, введение наркотиков, холод на область грыжевых выпячиваний – недопустимо. Особенно опасны и вредны попытки насильственного вправления ущемлённой грыжи, которые могут привести к кровоизлияниям в мягкие ткани, стенку кишки, ее брыжейку, к тромбозу сосудов, отрыву брыжейки от кишки. Эта грубая манипуляция иногда заканчивается мнимым вправлением, когда грыжевой мешок или его часть вместе с содержимым перемещается из подкожной клетчатки, но ущемление органа во внутреннем кольце грыжевых ворот сохраняется, при этом грыжа как будто исчезает, но симптомы острой кишечной непроходимости и перитонита продолжают нарастать.

Если ущемлённая грыжа вправилась самопроизвольно, необходимо госпитализировать больного в хирургический стационар, наблюдать за его состоянием и при малейшем подозрении на неблагополучие со стороны брюшной полости – экстренно оперировать. Основными задачами операции при ущемленных грыжах являются:

1. Устранение ущемления.
2. Оценка жизнеспособности ущемленных органов.
3. Удаление при необходимости нежизнеспособных органов и санация брюшной полости.
4. Устранение дефекта мышечно-апоневротического слоя в зоне грыжевых ворот.

Предоперационная подготовка должна быть минимальной. Больным, доставленным в тяжёлом состоянии лишь по показаниям проводится предоперационная подготовка. При больших сроках ущемления, когда очевидна картина острой кишечной непроходимости, перитонита, операция сразу начинается под наркозом. При малых сроках ущемления операцию начинают под местной анестезией.

После вскрытия грыжевого мешка обследуется его содержимое. Ущемлённый орган осторожно извлекается из грыжевого мешка и удерживается влажными марлевыми салфетками. *Только после этого рассекается ущемляющее кольцо*, а операция продолжается под общим обезболиванием.

Рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка и фиксации органа, составляющего грыжевое содержимое, недопустимо, так как содержимое грыжевого мешка может ускользнуть в брюшную полость, ревизия которой через герниотомическое отверстие крайне затруднительна или вообще невозможна.

Очень опасна и ошибка в диагностике ретроградного ущемления кишки. При этом виде ущемления в грыжевом мешке располагаются две петли кишки, между которыми существует еще одна (ущемлённая) петля, располагающаяся в брюшной полости. После рассечения ущемляющего кольца ретроградно ущемленную петлю тонкой кишки необходимо вывести из брюшной полости и осмотреть.

При оценке состояния ущемлённого органа главная задача состоит в определении жизнеспособности органа, и, следовательно, в установлении показаний к его резекции или вправлению в брюшную полость.

Оценивается цвет кишки, отёчность её стенки, перистальтика, пульсация сосудов брыжейки. Бесспорными признаками нежизнеспособности кишки являются: тёмная окраска, тусклая серозная оболочка, дряблая стенка, отсутствие перистальтики кишки и пульсации сосудов брыжейки.

Объём резекции кишки обычно составляет 30–40 см приводящей и 15–20 см отводящей петли.

При необходимости обширной ревизии брюшной полости и операции на ее органах герниотомический разрез дополняется срединной лапаротомией. После ревизии органов брюшной полости и адекватных вмешательств на ущемлённых органах выделяется грыжевой мешок. Он прошивается и перевязывается у шейки. Его избыток иссекается. Закрытие грыжевых ворот осуществляется в соответствии с видом грыжи.

Основной задачей профилактики ущемлённых грыж является совершенствование работы хирургов поликлиник с целью выявления и лечения больных с неосложнёнными грыжами передней брюшной стенки. Лучшей профилактикой ущемления является своевременное плановое оперативное лечение неосложненных грыж живота.

Протокол организации лечебно-диагностической помощи при ущемленной грыже

У больных пожилого возраста страдающих грыжей много лет, при длительном пользовании бандажем вырабатывается известное привыкание к болезненным и другим неприятным ощущениям в области грыжи. У таких больных при подозрении на ущемление особенно важно выявить момент появления интенсивных болей и других необычных симптомов.

При поздних сроках от начала заболевания развивается клиника острой кишечной непроходимости кишечника, флегмоны грыжевого мешка, перитонита.

1. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе

1. При болях в животе требуется целенаправленный осмотр на наличие грыжевых образований.

2. При ущемлении грыжи или подозрении на ущемление, даже в случае ее самопроизвольного вправления, больной подлежит экстренной госпитализации в хирургический стационар.

3. Опасны и недопустимы попытки насильственного вправления ущемленных грыж.

5. Применение обезболивающих препаратов, ванн, тепла или холод больным с ущемленными грыжами противопоказано.

6. В случае категорического отказа больного от госпитализации и операции он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской карте и взятием расписки. В случае самовольного ухода больного из приемного отделения об этом сообщается на станцию скорой медицинской помощи, в поликлинику по месту жительства и делается активный вызов хирурга на дом.

II. Протоколы диагностики в хирургическом стационаре

1. Основанием для диагноза ущемленной грыжи является:

- болезненное, не вправляющееся самостоятельно, грыжевое выпячивание;
- наличие клинических признаков кишечной непроходимости или перитонита при наличии у больного грыжи;

2. Определяются температура тела, местная температура кожи в области выпячивания; в случае повышения местной температуры в паховой области и (или) наличия видимых признаков местного воспаления в паховой области необходимо дифференцировать флегмону грыжевого мешка с аденофлегмоной паховых лимфоузлов и другими заболеваниями.

3. Лабораторные исследования.

Общий анализ крови, сахар крови, общий анализ мочи, группа крови, резус-фактор.

4. Инструментальные исследования.

Рентгенография грудной клетки, ЭКГ, рентгенография (обзорная) брюшной полости, по показаниям – УЗИ брюшной полости.

Консультация специалистов по показаниям.

III. Протоколы предоперационной подготовки

Перед операцией в обязательном порядке производятся: опорожнение мочевого пузыря и гигиеническая подготовка области оперативного вмешательства. При наличии показаний осуществляется опорожнение желудка через введенный зонд, проведение медикаментозной подготовки и инфузионной терапии.

Предоперационная подготовка не должна превышать 2 часа.

IV. Протоколы дифференцированной хирургической тактики

1. Единственным методом лечения больных с ущемленными грыжами является неотложная операция. Противопоказаний к операции при ущемленных грыжах нет.

2. Операция должна быть начата не позже первых 2-х часов после госпитализации. Задержка операции за счет расширения объема обследования недопустима.

3. При самопроизвольном вправлении ущемленных грыж показана госпитализация больного в хирургический стационар для динамического наблюде-

ния. При благоприятном течении и удовлетворительном состоянии больных, отсутствии симптомов раздражения брюшины при динамическом наблюдении в течение суток выполняются плановые операции по поводу грыжи без выписки пациента из стационара.

4. Разрез достаточного размера производится в соответствии с локализацией грыжи. Производится ревизия, оценка жизнеспособности ущемленного органа и адекватность его кровоснабжения. Операция может быть начата и выполнена под местным обезболиванием, а при расширении объема оперативного вмешательства под наркозом. Рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка недопустимо.

5. При самопроизвольном преждевременном вправлении в брюшную полость ущемленного органа во время операции его следует обязательно извлечь для осмотра и оценки его кровоснабжения. Если его не удастся найти и извлечь, показано расширение раны (герниолапаротомия) с ревизией органов (или срединная лапаротомия).

6. При ущемленных послеоперационных вентральных грыжах производится тщательная ревизия грыжевого мешка, учитывая многокамерность его строения, энтеро- и висцеролизис.

7. Жизнеспособная кишка при осмотре быстро принимает нормальный вид, окраска ее становится розовой, серозная оболочка блестящей, перистальтика отчетливой, брыжейка ее не отечна, сосуды пульсируют. Перед вправлением кишки в брюшную полость в ее брыжейку целесообразно ввести раствор местного анестетика.

8. Бесспорные признаки нежизнеспособности кишки и безусловные показания к ее резекции: темная окраска, тусклая серозная оболочка, дряблая стенка, отсутствие ее перистальтики и пульсации сосудов брыжейки. Деструктивные изменения только в слизистой кишки определяются в виде небольших пятен темно-го цвета, прослеживающихся сквозь серозную оболочку.

9. При сомнениях в жизнеспособности кишки в ее брыжейку необходимо ввести раствор местного анестетика. Если сомнения в жизнеспособности кишки остаются, показана ее резекция. Погружение измененного участка в просвет кишки опасно и не должно производиться. При глубоких изменениях в области странгуляционной борозды также необходима резекция кишки.

10. Подлежат удалению кроме ущемленной петли, вся макроскопически измененная часть кишки, дополнительно 40 см неизмененного отдела приводящей и 20 см неизмененного отрезка отводящей петли кишки. При резекции кишки, когда уровень наложения анастомоза приходится на самый дистальный отдел подвздошной кишки – менее 15–20 см от слепой кишки, следует прибегнуть к наложению илео-коло анастомоза.

11. При большой разнице диаметров просветов сшиваемых отрезков кишки следует применять анастомоз «бок в бок».

12. При флегмоне грыжевого мешка операция проводится в 2 этапа. Сначала – лапаротомия. При ущемлении петель тонкой кишки резекция с наложением межкишечного анастомоза. Вопрос о способе завершения резекции толстой кишки решается индивидуально. Концы петли кишки, подлежащей удалению, зашиваются наглухо. Затем накладывается кисетный шов на брюшину вокруг внутреннего кольца. Далее осуществляется герниотомия. Ущемленная часть кишки удаляется с одновременным затягиванием кисетного шва наложен-

ного вокруг внутреннего кольца. Срединная лапаротомная рана зашивается, герниотомная – дренируется.

13. Первичную пластику брюшной стенки нельзя производить при флегмоне грыжевого мешка, перитоните.

14. Операция по поводу ущемленных больших многокамерных вентральных грыж брюшной стенки у тучных и пожилых людей завершается рассечением всех фиброзных межкамерных премышечек и ушиванием только кожи с подкожной клетчаткой.

V. Протоколы послеоперационного ведения больных

1. По показаниям назначаются антибиотики, сердечные гликозиды, диуретики, проводится адекватная корригирующая дезинтоксикационная терапия.

2. При гладком послеоперационном течении выписка больных назначается не ранее 7 дней после операции.

3. Лечение развивающихся осложнений осуществляется в соответствии с их характером.

4. После операций, выполненных без пластики грыжевых ворот, показаны повторные плановые операции через 3–6 месяцев.

Литература

1. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / под ред. А. Е. Борисова. – СПб. : ЭФА, «Янус», 2002. – 416 с.
2. Мажара Т. П. Ущемлённые грыжи : метод. рекомендации / Т. П. Мажара. – Л., 1981. – 22 с.
3. Мариев А. И. Наружные грыжи живота / А. И. Мариев, Н. Д. Ушаков. – Петрозаводск : Изд-во Петрозавод. гос. ун-та, 1998. – 196 с.
4. Ненатяжная герниопластика / под ред. В. Н. Егиева. – М. : Медпрактика, 2002. – 147 с.
5. Тимошин А. Д. Современные методики хирургического лечения паховых грыж : метод. рекомендации / А. Д. Тимошин [и др.]. – М., 2003. – 28 с.
6. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях брюшной полости (материалы ассоциации хирургов Санкт-Петербурга). – СПб., 2001. – 33 с.
7. Частная хирургия : учебник : в 2 т. / ред. Ю. Л. Шевченко. – СПб. : СпецЛит, 2000. – Т. 1. – 512 с. (в б-ке мед. ун-та н. аб. 81678оф, уч. аб. уч. к. № 3224).
8. Частная хирургия : учебник : в 2 т. / ред. Ю. Л. Шевченко. – СПб. : СпецЛит, 2000. – Т. 2. – 496 с. (в б-ке мед. ун-та н. аб. 81679оф, уч. аб. уч. к. № 3225).
9. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин ; под ред. М. И. Кузина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2002. – 784 с. (в б-ке мед. ун-та уч. аб. уч. к. № 3483, 8347оф.).
10. Хирургические болезни : учебник с компакт-дискom : в 2 т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2005. – Т. 1. – 608 с.
11. Хирургические болезни : учебник с компакт-дискom : в 2 т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2005. – Т. 2. – 400 с.

Лекция 5

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Введение

С тех пор, как в 1882 г. Лангенбух впервые в мире, а в 1886 г. Ю. Ф. Косинский впервые в России произвели холецистэктомию, операции по поводу калькулезного холецистита стали одними из наиболее частых в плановой и неотложной хирургии брюшной полости.

Диагностике и хирургическому лечению калькулезного холецистита и его осложнений в последние годы уделяется особое внимание. С этим связано постоянное совершенствование средств дооперационного обследования больных и методов интраоперационной ревизии внепеченочных желчных протоков.

Повышенный интерес к данной патологии связан со значительным ростом числа больных с калькулезным холециститом, относительно высокой послеоперационной летальностью, возрастающим числом повторных и реконструктивных операций на желчных протоках, предпринимаемых из-за неполноценности первичных хирургических вмешательств.

Классификация заболеваний желчного пузыря и желче-выводящих путей (Федоров С. П.)

1. Острый первичный холецистит с исходами:
 - полное выздоровление;
 - первичная водянка;
 - вторичная водянка с воспалением.
2. Хронический неосложненный рецидивирующий холецистит.
3. Осложненный рецидивирующий холецистит
 - гнойный холецистит
 - язвенный холецистит
 - гангренозный холецистит
 - эмпиема желчного пузыря.
4. Склероз пузыря.
5. Актиномикоз желчного пузыря.
6. Туберкулез желчного пузыря.
7. Воспадение желчных протоков
 - подострый холангит
 - острый холангит.

Этиология и патогенез

Желчнокаменная болезнь связана с образованием в желчном пузыре и желчных протоках камней из холестерина, желчных пигментов и известковых солей.

Предложены различные теории камнеобразования:

1. Нарушение холестерина обмена (переедания, употребление жирной пищи, дискинезии желчных путей), беременность – повышение холестерина.
2. Инфекционная теория
3. Физико-химические нарушения коллоидного равновесия желчи.

Камни могут быть:

а) метаболического происхождения: холестериновые, пигментные.

б) воспалительного – холестерино-пигментный-известкового состава, разной окраски и размеров

в) комбинированные камни

В происхождении осложнений имеет значение размеры камней. По образному выражению Прибрама «Камни в желчных путях как маленькие собачки, чем они меньше, тем больше шуму».

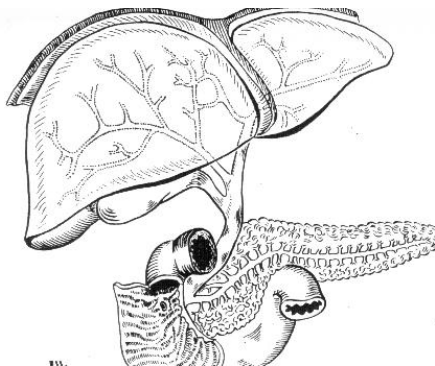


Рис. 1. Схема желчевыводящих путей и связь их с поджелудочной железой.

В учение о желчнокаменной болезни (ЖКБ) весомый вклад внесен отечественными учёными: С. П. Фёдоровым, С. П. Боткиным, И. Г. Руфановым, Л. А. Мясниковым, Б. А. Петровым, Е. В. Смирновым и т. д.

Инфекция проникает в желчные пути гематогенным (главным образом через воротную вену), энтерогенным (через большой дуоденальный сосочек) и лимфогенным путем (из соседних органов). Чаще всего в инфицированной желчи находят кишечную палочку, золотистый стафилококк, реже – стрептококк, пневмококк и другие микробы.

Развитию инфекции благоприятствует застой желчи в желчных путях. Холестаз может быть обусловлен несколькими причинами. Прежде всего – анатомической особенностью пузырного протока (удлиненный, впадающий в холедох под прямым углом). Рубцы и спаечный процесс в зоне желчных протоков также могут препятствовать оттоку желчи в двенадцатиперстную кишку. К застою желчи в желчном пузыре и желче-выводящих путях могут predispose вялость брюшного пресса, запоры, метеоризм, сидячий образ жизни и др.

Холестаз благоприятствует не только развитию инфекции, но и камнеобразованию в желчных путях. Желчь больше застаивается в желчном пузыре, чем в протоках. Холестаз – одно из условий камнеобразования.

Другим, не маловажным условием камнеобразования признается воспалительный процесс в желчных путях. Известно выражение: «Камни образуются на продуктах воспаления». В качестве продуктов воспаления имеются в виду слущенный эпителий, слизь, бактерии и фибрин. Уместно привести высказывание С. П. Боткина о том, что всякий желчный камень имеет белковое ядро. Созвучно и такое образное выражение, как «желчный камень – саркофаг микробов».

Не принижая значение холестаза и инфекции в образовании желчных камней, все же нарушение холестеринового обмена следует считать главным фактором камнеобразования.

В состав печеночной желчи входят: вода – 97–98 %, соли желчных кислот – 0,5–1,8 %, билирубин – 17–20 мг %, холестерин – 88–176 мг %, лецитин, жирные кислоты, витамины, энзимы, фосфатаза, амилаза, минеральные соли. Пузырная желчь отличается от печеночной по составу. В пузыре всасывается вода, и желчь становится более вязкой. Концентрация билирубина и холестерина в пузырной желчи повышается в 10–12 раз по сравнению с печеночной. Желчь рассматривается как коллоидная суспензия, которая является «водным раствором веществ, нерастворимых в воде».

Холестерин находится в желчи в виде гидрозоля. Он входит в состав мицелл, снаружи которых находятся молекулы желчных кислот и лецитина, а внутри – молекулы холестерина. Постоянство холестерина в таком состоянии зависит от наличия в желчи солей желчных кислот и лецитина.

Нарушение коллоидного равновесия может произойти по двум причинам:

1) вследствие избыточного содержания в желчи преципитирующих веществ (холестерина, билирубина и кальция);

2) в силу недостатка в желчи веществ (желчных кислот и лецитина); поддерживающих холестерин и другие компоненты желчи, в растворенном состоянии.

Установлено, что вторая причина имеет большее значение в камнеобразовании, чем первая. Хотя некоторые исследователи утверждают, что образование холестериновых камней зависит только от литогенных свойств печеночной желчи. Ни застой желчи, ни инфекция, ни содержание желчных кислот и лецитина в желчи, по мнению некоторых авторов, никакой роли не играют в камнеобразовании. Все же большинство исследователей считает, что холестерин удерживается в растворенном состоянии благодаря высокому содержанию в желчи желчных кислот и лецитина. Это равновесие сохраняется при соотношении холестерина и желчных кислот, равном 1:20 или 1:30. При соотношении 1:15 и ниже, холестерин выпадает в осадок.

К факторам, способствующим камнеобразованию, относят и изменение рН желчи (в норме рН печеночной желчи – 8,2, пузырной – 7,0).

Многие авторы указывают на роль эндокринных органов, в частности, щитовидной железы, в камнеобразовании. У 75 % больных гипотиреозом отмечается холелитиаз. Подчеркивается также стимулирующее влияние беременности на образование желчных камней не только потому, что беременность сопровождается холестазом, но также и повышением концентрации холестерина в крови. Отмечается, что сахарный диабет нередко сопровождается холелитиазом.

Помимо перечисленных эндогенных факторов дисхолии существуют и экзогенные. К ним относятся питание обильной калорийной пищей при которой повышается холестеринемия, отрицательные эмоции и др.

Желчные камни, как правило, сложного строения, в них содержится холестерин, желчные пигменты, соли кальция, алюминий, железо, натрия и некоторые другие металлы. По преимущественному содержанию того или иного компонента различают *холестериновые и пигментные камни*. В литературе приводятся интересные сведения о том, что холестериновые камни встречаются пре-

имущественно у женщин. Пигментные – одинаково часто у обоих полов. Холестериновые камни чаще бывают у полных людей, тогда как пигментные – у худых.

Периодичность приступов при хроническом холецистите обусловлена временной обтурацией пузырного протока камнем. Причиной механической желтухи, холангита и панкреатита в подавляющем большинстве наблюдений оказываются желчные камни внепеченочных желчных протоков.

В то же время наличие камней в желчных путях – еще не всегда болезнь. Камненосительство среди взрослого населения довольно распространенное явление и встречается у 5–25 % обследованных. В возрасте старше 70 лет камни в желчном пузыре находят у 1/3 людей. Среди женщин камненосителей в пять раз больше, чем среди мужчин. У городских жителей холелитиаз встречается в шесть раз чаще, чем у сельских. География холелитиаза такова, что в европейских странах и США камненосителей больше (10–25 %), чем в странах Азии и Африки. По-видимому это связано с образом жизни и характером питания.

Пожалуй, можно было бы поставить знак равенства между ЖКБ и хроническим холециститом, если не принимать во внимание редкие случаи первичного зарождения желчных камней в протоках, а не в желчном пузыре. С другой стороны – не каждый хронический холецистит – калькулезный.

Бескаменный холецистит – это заболевание желчного пузыря различного происхождения. Сюда включаются воспалительные заболевания, гипертрофические и атрофические процессы, дискинезия желчного пузыря (гипо – или гипертонорная) и др. Наибольшее значение в этой группе имеют воспалительные заболевания, этиология и патогенез которых до конца еще не раскрыты. Бактериальный генез воспаления в желчном пузыре без камней признается менее чем у половины больных. У части больных холецистит обусловлен лямблиозом и амёбиазом желчного пузыря. В развитии бескаменного холецистита определенную роль играют токсины, поступающие в печень через воротную вену. Возможно, эти токсины вызывают аллергическое воспаление в желчном пузыре.

Калькулезный холецистит клинически нередко протекает с обострениями, причем ремиссии могут продолжаться иной раз многие годы. Заболевание может протекать и с осложнениями, в числе которых острый холецистит, механическая желтуха, гнойный холангит и панкреатит.

Механическая желтуха, как правило, обусловлена непроходимостью внепеченочных желчных протоков. Наиболее частыми причинами такой непроходимости являются:

1. камни желчных протоков;
2. рубцовое сужение желчных протоков или большого дуоденального сосочка;
3. сдавление общего желчного протока индуративно измененной головкой поджелудочной железы;
4. сдавление холедоха крупным камнем в шейке желчного пузыря;
5. сдавление холедоха или печеночного протока воспаленными и увеличенными перихоледохеальными лимфоузлами.

Камни в желчных протоках образуются сравнительно редко (3–5 %). Как правило, камни в протоки мигрируют из желчного пузыря, где они зарождаются. При ЖКБ камни в желчных протоках наблюдаются у 20–25 % больных, при-

чем у 2/3 из них камни бывают множественными. Камни протоков проявляют себя либо перемежающейся желтухой и тогда говорят о вентильных камнях, поскольку они играют клапанную роль в протоке, – либо обуславливают длительную нарастающую желтуху, вследствие обтурации камнем терминального отдела холедоха.

Рубцовое сужение холедоха чаще всего локализуется на уровне большого дуоденального сосочка. Рубец образуется из-за травмы слизистой холедоха проходящими в двенадцатиперстную кишку мелкими камнями. Реже наблюдается тубулярный стеноз холедоха, который развивается в результате гнойного холангита. Кольцевидное рубцовое сужение супрадуоденального отдела холедоха наблюдается преимущественно после хирургических вмешательств (холедохостомия, ятрогенное повреждение холедоха). Индуративный панкреатит встречается при хроническом холецистите в 15–20 %.

Развитие хронического панкреатита при наличии воспалительного процесса в желчном пузыре можно объяснить билиопанкреатическим рефлюксом, нарушением оттока панкреатического секрета из-за обтурации камнями или замазкообразной желчью большого дуоденального сосочка и т. д. Отметим, что нарушение пассажа желчи неминуемо ведет к расширению внепеченочных желчных протоков. Степень дилатации при этом варьирует в пределах 1–2,5 см.

Холангит осложняет ЖКБ и хронический холецистит в том случае, если нарушен отток желчи в двенадцатиперстную кишку. Он протекает как прогрессирующее острое гнойное воспаление или как хроническое рецидивирующее воспаление желчных протоков. В том и другом варианте клинического течения холангита могут образоваться множественные абсцессы печени. Холангит, как правило, сопровождается желтухой.

Клиника

При сборе жалоб больного обращается внимание на характер болевых ощущений, их локализацию и иррадиацию.

С учетом отдельных клинических форм желчнокаменной болезни важно выяснить наличие предыдущих приступов, их характер, длительность, локализацию, наличие повышения температуры, желтухи. Особенно важно выяснить развилась ли желтуха вслед за приступом болей, что характерно для обтурации холедоха камнем, были ли колебания в интенсивности желтухи.

Клиника хронического калькулезного холецистита отличается многообразием форм и различной степенью выраженности наиболее типичных её проявлений.

Наиболее часто встречающейся и легко диагностируемой по клиническим проявлениям является типичная форма хронического калькулезного холецистита сопровождающегося печеночной коликой.

Больные хроническим калькулезным холециститом обычно предъявляют жалобы на чувство тяжести, приступообразные боли в правой подреберной области с иррадиацией в область правого грудино-ключичного сочленения, под правую лопатку, на тошноту, рвоту, горечь во рту.

Большинство больных периодически находится на амбулаторном, стационарном и санаторно-курортном лечении.

Больных госпитализируют, как правило, в плановом порядке. Однако около 50 % доставляются по скорой помощи во время очередного приступа пече-

ночной колики. Приступ печеночной колики обычно характеризуется резкой интенсивной болью в правом подреберье, чаще всего в зоне проекции желчного пузыря (точка Кера), с характерной иррадиацией в правое грудинно-ключичное сочленение, под правую лопатку, нередко в область сердца (холецистокардиальный симптом Боткина).

Длительность печеночной колики от нескольких минут до нескольких часов. Наиболее интенсивная боль отмечается у больных с мелкими камнями в желчном пузыре. Характерным признаком печеночной колики является связь её с приёмом жирной, острой пищи, алкоголя, физическими упражнениями и отрицательными эмоциями. Однако иногда желчная колика возникает без видимых причин.

Часто болевой приступ сопровождается необильной рвотой с примесью желчи не приносящей облегчения. Применение лекарственных средств (спазмолитиков), тепловых процедур обычно оказывает эффект, за исключением случаев перехода печеночной колики в острый холецистит при обтурации пузырного протока камнем.

Объективное исследование разбираемого больного по общепринятым правилам, обращается внимание на общее состояние больного, его внешний вид, цвет кожного покрова. Осмотр позволяет выявить желтушность кожи и более рано появляющуюся желтушность склер.

Осмотр может выявить также наличие кровоизлияний, петехиальных сыпей, расчесов кожи. Рекомендуются оценка цвета каловых масс и мочи.

Диагностика

1. Рентгенологические методы:

- а) бесконтрастная обзорная холецистография;
- б) пероральная холецистография;
- в) внутривенная холецистохолангиография;
- г) инфузионная холецистохолангиография;
- д) чрескожная, чреспеченочная холангиография;
- е) РХПГ (ретроградная холангиопанкреатография);
- з) интраоперационная холангиография.

2. Ультрасонография желчного пузыря и желчных протоков.

3. Эндоскопическая ультрасонография желчных протоков.

4. Компьютерная томография желчного пузыря и желчных путей.

5. радиоизотопный метод с использованием изотопов бенгальского розового меченого йода 131 или йод 131 билигноста, когда определяется радиоактивность над областью печени и желчных путей.

Дифференциальная диагностика

Наиболее часто приходится проводить дифференциальную диагностику с хроническим гастритом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатитом, колитом и т. д.

Лечение

Хирургическое лечение ЖКБ признается основным методом. Однако консервативной терапии также уделяется большое внимание. Комплекс применяемых средств зависит от клинических проявлений заболевания. При болевом синдроме назначаются спазмолитики, седативные и обезболивающие препара-

ты. Эффективными оказываются новокаиновые блокады, внутривенное введение новокаина и местное применение тепла. При развитии воспалительного процесса в желчных путях применяются антибиотики, местно – холод.

Камни в желчном пузыре и желчных ходах ни при каком виде терапевтического воздействия не подвергаются растворению, хотя такие средства, как: красное вино, сок моркови, репы, касторовое масло, экстракт кукурузных волос способны задержать образование камней

В лечении хронического холецистита важное место занимают желчегонные средства, диетотерапия и курортное лечение.

Желчегонные препараты делятся на три группы:

1. холецистокинетические – усиливающие мышечные сокращения желчного пузыря (сернокислая магнезия, пептон, оливковое или подсолнечное масло и др.);
2. холеретические – возбуждающие секрецию желчи (холагон, дехолин, аллохол, холензим и др.);
3. желчерастворительные, разжижающие желчь (минеральные воды, карловарская соль, раствор соляной кислоты, салицилаты и др).

Оперативное лечение хронического калькулезного холецистита показано больным, у которых консервативная терапия не дает эффекта.

Опируются также больные с осложненными формами холецистита (острый холецистит, холецистопанкреатит, холедохолитиаз и др.). Цель операции С. П. Фёдоров сформулировал так: «Оперативное лечение ЖКБ должно освобождать больных от инфекции и камней, излечивать воспалительные процессы желчных путей, восстанавливать свободный ток желчи в кишечник и, наконец, по возможности предупреждать возврат камней и колик». Как видно, упомянутые задачи, встающие перед оперирующим на желчных путях хирургом, не могут быть решены всякий раз одной холецистэктомией, хотя она и признается радикальной операцией. В зависимости от характера поражения желчных путей операция выполняется либо на желчном пузыре, либо одновременно на желчном пузыре и желчных протоках.

Доступ к желчным путям избирается в зависимости от привычки хирурга; срединный или разрезом в правом подреберье. Вместе с тем необходимо учитывать конституцию больного.

Из вмешательств на самом желчном пузыре следует упомянуть холецистотомию – удаление камней из желчного пузыря. Эта операция в настоящее время практически не применяется.

Холецистэктомия является единственно радикальной при калькулезном холецистите. Важным этапом вмешательства, помимо осмотра желчного пузыря, поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки, является тщательная ревизия внепеченочных желчных протоков: визуальная, пальпаторная, трансиллюминационная и рентгенконтрастное исследование. Фиброхоледохоскопия требует соответствующего оборудования и применяется не во всех клиниках. Уточняется ширина холедоха, состояние стенок протоков, наличие камней и проходимость протоков.

При обследовании желчевыводящих путей одной из основных методик постановки диагноза является ретроградная холангиопанкреатография. При этом производится прямое введение водорастворимого контраста в холедох через катетер, вводимый в большой дуоденальный сосочек. При этом может

контрастироваться общий желчный проток, пузырный проток, желчный пузырь, внутрипеченочные протоки, а также проток поджелудочной железы. Исследование выполняется с использованием дуоденоскопа – фиброэндоскопического аппарата с боковой оптикой, имеющего канал для проведения инструментов: катетеров, папиллотомов, корзин и других инструментов. Эндоскопическая оценка состояния двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального соска базируется на критериях, предложенных OMED (World Society of Digestive Endoscopy).

Вмешательства на желчных протоках выполняются по соответствующим показаниям. **Показанием к супрадуоденальной холедохотомии** служат:

1. желтуха при поступлении или в анамнезе;
2. расширение холедоха свыше 1 см;
3. холедохолитиаз;
4. гнойный холангит;
5. непроходимость или стеноз большого дуоденального сосочка;

6. наличие теней на холангиограмме, подозрительных на камни, замазка и песок в холедохе.

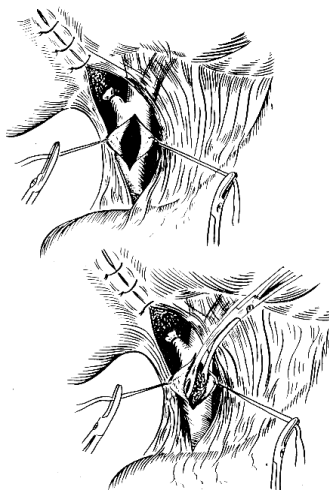
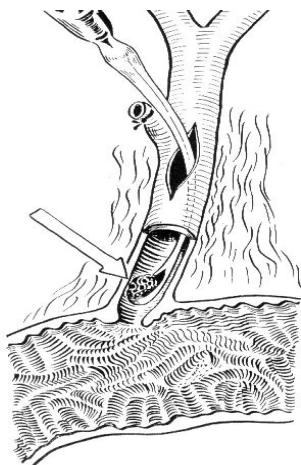


Рис. 2. Супрадуоденальная холедотомия. Холедохолитотомия.

Рис. 3. Супрадуоденальная холедохотомия. Удаление камня ложечкой



После вскрытия холедоха и санации протоков необходимо убедиться в проходимости фатерова соска с помощью бужей. Нормальной считается проходимость, если в двенадцатиперстную кишку удастся провести бужи № 3–5.

Холедохотомия может быть завершена по одному из трех вариантов: глухой шов, наружное или внутреннее дренирование (холедоходуodenостомия или холецистоеюноанастомоз). Шов холедоха применяется после удаления одиночных камней из протоков при уверенности в хорошей проходимости большого дуоденального сосочка. Показанием к наружному дренированию холедоха служит гнойный холангит при котором и шов холедоха, и холедоходуodenостомия рискованны несостоятельностью швов.

Способы наружного дренирования – Вишневского (дренаж устанавливается в проксимальный отдел общего печеночного протока), Кера (Т-образным дренажем), Пиковского (дренаж устанавливается через культю пузырного протока) и т. д.

Удаление дренажей из холедоха производится, как правило, на 10 сутки. Пред удалением дренажа проводится его тренировка (дренаж устанавливается выше тела пациента, временно пережимается) и выполняется холангиография с целью уточнения проходимости терминального отдела холедоха.

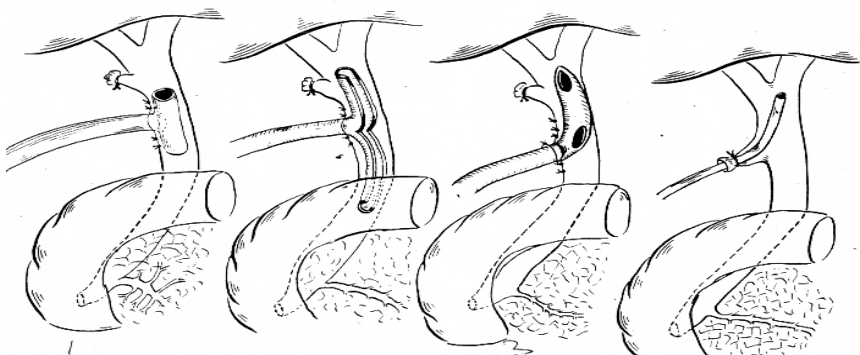


Рис. 4. Наружное дренирование внепеченочных желчных путей по Керу, Пиковскому, Вишневскому и Пиковскому через пузырный проток.

К холедоходуodenостомии имеются следующие показания:

1. рубцовый стеноз терминального отдела холедоха или большого дуоденального сосочка;
2. индурация головки поджелудочной железы с нарушением оттока желчи;
3. неудалимый камень терминального отдела холедоха;
4. значительное расширение холедоха (более 2 см).

Холедох может быть анастомозирован и с тощей кишкой, отключенной по Ру. Однако это вмешательство более травматично и прибегают к нему вынужденно, когда нельзя создать соустье между холедохом и двенадцатиперстной кишкой (рубцовые изменения стенки двенадцатиперстной кишки и ее мо-

торно-эвакуаторные нарушения). Тонкую кишку используют для анастомоза и тогда, когда приходится накладывать анастомоз с печеночным протоком (например, при тубулярном стенозе холедоха).

При ЖКБ применяются и другие варианты анастомозов. Так, при рубцовом стенозе папиллы и хроническом панкреатите выполняют транс-дуоденальную сфинктеропластику в качестве самостоятельной операции или в сочетании с супрадуоденальной холедоходуоденостомией. Это, так называемая операция двойного дренирования. Предпочтение следует отдать последнему варианту, так как при изолированной сфинктеропластике нередко наступает рестеноз. Некоторые хирурги применяют трансдуоденальную холедоходуоденостомию, хотя она нередко осложняется несостоятельностью швов с последующим развитием абдоминальной флегмоны.

Таким образом, супрадуоденальная холедоходуоденостомия является наиболее простым и надежным видом билиодигестивного анастомоза, которая выполняется по методике Юраша, Финстерера, Флеркена или Виноградова. Она дополняется по соответствующим показаниям папилло- или сфинктеротомией.

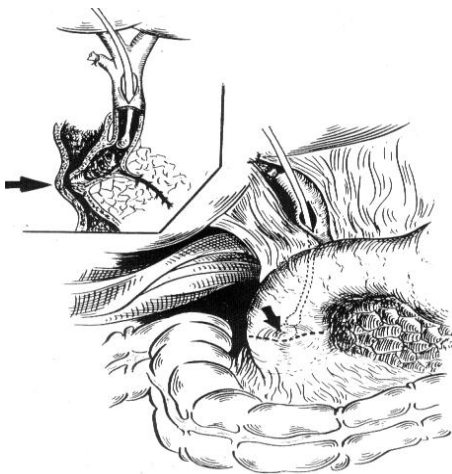


Рис. 5. Определение уровня дуоденотомии по зонду.

Как правило в случае, если в общем желчном протоке выявляются конкременты, выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с целью удаления камней. Эту процедуру можно выполнить по двум методикам:

1. Путем введения папиллотомы (инструмента, при помощи которого рассекается сосочек) в большой дуоденальный сосочек (так называемая катетеризационная методика);

2. Без введения папиллотомы в большой дуоденальный сосочек (с использованием так называемого торцевого папиллотомы).

Катетеризационная методика заключается во введении бокового папиллотомы в большой дуоденальный сосочек. Этот инструмент имеет проволоку, выходящую сбоку, к которой подключен электроток. После введения папиллотомы проволока натягивается, подобно тетиве лука, и приподнимает «крышу» сосочка на 11 часов по циферблату. После этого включается электроток (предпочти-

тельно смешанный режим, то есть сочетание режущего и коагулирующего режимов), и сосочек рассекается изнутри.

При использовании торцевого электрода необходимости в катетеризации сосочка нет. Данный инструмент имеет проволоку-электрод, выходящую с торца инструмента на 3–5 мм. Прикасаясь этим электродом к крышке сосочка и включая электроток, его рассекают на необходимом протяжении (1–1,5–2 см). После рассечения сосочка открывается широкий просвет холедоха, и его содержимое (желчь, камни, гной) начинает выделяться в двенадцатиперстную кишку.

Другим вариантом билиодигестивного анастомоза является холецистоеюностомия. Эта операция выполняется при доказанной проходимости пузырного протока. Как правило, накладывается анастомоз между желчным пузырем и тощей кишкой с межкишечным анастомозом и заглушкой по Шалимову на приводящую к пузырю петлю.

Операции на желчных путях относятся к числу достаточно сложных и таят в себе непредвиденные опасности и осложнения. В сложной ситуации иногда повреждаются магистральные желчные протоки, воротная вена и печеночная артерия. Эти осложнения наступают особенно при необычных анатомических взаимоотношениях элементов гепатодуоденальной связки. В ряде случаев ранение желчных протоков не распознается во время операции и тогда в послеоперационном периоде развивается желчный перитонит. Выявленные во время операции повреждения требуют немедленных действий хирурга. При краевом повреждении протоков показан шов на рану атравматичной иглой и наружным дренированием. При полном пересечении холедоха – циркулярный шов. Артериальное кровотечение временно останавливается пальцевым пережатием печеночной артерии в гепатодуоденальной связке, причем за 15–20 мин. временного гемостаза надо успеть окончательно остановить кровотечение сосудистым швом. Кровотечение из воротной вены временно может быть остановлено тампонадой, окончательно – сосудистым швом.

В послеоперационном периоде развиваются осложнения, непосредственно связанные с оперативным вмешательством и не связанные с ним.

К первой группе осложнений относятся: несостоятельность культи пузырного протока, истечение желчи из ложа желчного пузыря (ходы Люшка), несостоятельность швов холедоха или билиодигестивного анастомоза, кровотечение из культи пузырной артерии и нагноение операционной раны.

Ко второй группе осложнений относят – пневмонию, тромбоэмболические осложнения, инфаркт миокарда и сердечно-сосудистая недостаточность.

Некоторые из упомянутых осложнений, которые приводят к развитию желчного перитонита, могут быть предупреждены наружным дренажом холедоха через культю пузырного протока (дренаж по Пиковскому). Тонкая хлорвиниловая трубочка вставляется в культю и крепится к ней кетгутом. С её помощью осуществляется холангиография и этот катетер оставляется для декомпрессии протоков в послеоперационном периоде.

Лапароскопические методы лечения

В настоящее время наибольшее распространение получает холецистэктомия лапароскопическим способом. Эта чаще всего выполняемая в хирургии лапароскопическая операция детально разработана и стала «золотым стандартом» в лечении хронического холецистита.

Преимущества лапароскопической холецистэктомии:

- сочетание радикальности и малой травматичности;
- возможность инструментальной ревизии органов брюшной полости;
- косметический эффект;
- восстановление трудоспособности в короткие сроки.

Показания к лапароскопической холецистэктомии:

- хронический калькулезный холецистит;
- полипы и холестероз желчного пузыря;
- острый холецистит (первые 2–3 суток от начала заболевания);
- хронический безкаменный холецистит;
- бессимптомный холецистолитиаз.

Противопоказания к лапароскопической холецистэктомии:

- выраженная сердечно-легочная недостаточность;
- нарушения свертывающей системы крови;
- поздние сроки беременности;
- рак желчного пузыря;
- перенесенные операции на органах верхнего этажа брюшной полости;
- разлитой перитонит;
- механическая желтуха, холангит, холедохолитиаз.
- воспалительные изменения передней брюшной стенки.

Больного при лапароскопической холецистэктомии можно расположить на операционном столе двумя различными способами в зависимости от того, какую технику оперативного доступа применяет хирург. Условно эти два варианта техники называют «французская» и «американская».

При «французской технике» оперативного доступа больного располагают на столе с разведенными ногами и хирург находится между ног больного. Ассистенты при этом располагаются справа и слева от больного, а операционная сестра у левой ноги пациента.

При использовании «американской техники» больной лежит на столе без разведения ног; хирург располагается слева от больного, ассистент справа; ассистент на камере у левой ноги больного, операционная сестра – у правой.

Различия этих двух вариантов техники касаются и точек введения троакаров, и фиксации желчного пузыря. Считается, что различия эти не принципиальны и это вопрос личной привычки хирурга.

Оперативное вмешательство начинают с наложения пневмоперитонеума при помощи иглы Вереша. Наиболее часто иглу Вереша вводят через параумбиликальный доступ. Пневмоперитонеум поддерживают на уровне 12 мм рт. ст. при скорости подачи газа 2–6 литров в минуту. После выполнения разреза кожи через него в брюшную полость вводят 10-мм троакар, к патрубку которого подключают шланг подачи газа.

Через троакар в брюшную полость вводят лапароскоп и выполняют общий осмотр брюшной полости. При этом обращают внимание на наличие в брюшной полости жидкости, состояние печени, желудка, сальника, петель кишечника. Этот момент операции очень важен, так как если сразу сконцентрироваться на правом подреберье, можно не заметить, например, кровь в месте ранения большого сальника непосредственно под пупком или продолжающееся кровотечение из точки введения первого троакара, либо пропустить метастазы в левой доле печени, если онкопроцесс не подозревался до операции, либо патологию жен-

ских гениталий (кисты, онкопроцессы). Если хирург выявит такие изменения, то это может изменить весь дальнейший план действий, может заставить отказаться от выполнения холецистэктомии, либо может побудить хирурга к введению троакаров в других местах, отличных от стандарта.

Если ничего неожиданного в брюшной полости выявлено не было, то вводят следующие троакары. Стандартом в настоящее время считается введение в общей сложности четырех троакаров: двух 10-мм троакаров (один из которых параумбиликальный) и двух 5-мм троакаров. Все троакары, за исключением первого, вводят под обязательным визуальным контролем.

Точки введения троакаров показаны на рис. 6.

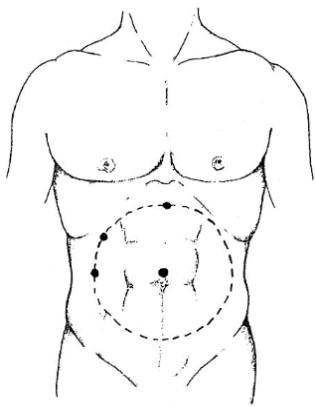


Рис. 6. Точки введения троакаров при лапароскопической холецистэктомии

Через боковой 5-мм троакар ассистент вводит граasper, которым захватывает дно желчного пузыря. Затем ассистент отводит дно пузыря вверх, создавая так называемую «цефалическую тракцию». При этом становятся хорошо видны спайки, если они имеются. Тонкие спайки можно рассечь электрокрючком.

Затем приступают к выделению анатомических элементов в области треугольника Calot. Постепенно захватывая и пересекая небольшие пучки соединительной ткани (критерием пересечения может быть тонкость и прозрачность рассекаемых элементов). Эти соединительнотканые элементы рассекают с обеих сторон шейки, ассистент для этого поворачивает гартмановский карман. Постепенно выявляются тубулярные структуры: пузырьный проток и артерия. Чаще всего пузырьный проток лежит ближе к свободному краю «брыжейки» пузыря, а артерия дальше, однако, это бывает далеко не всегда. Маркером артерии может служить лим-

фатический узел, который расположен в этой зоне и часто бывает гиперплазирован на фоне хронического воспаления.

Следующим этапом операции будет пересечение пузырьной артерии. Следует обратить внимание на то, что иногда пузырьная артерия пересекается раньше пузырьного протока. На ствол артерии максимально близко к стенке пузыря накладывается по 2 клипсы с каждой стороны от предполагаемой линии пересечения, после чего она пересекается ножницами.

Пересечение артерии при сохранении пузырьного протока дает возможность выполнить одно из главных безопасной диссекции: создать «окно» между шейкой пузыря, пузырьным протоком, печенью и гепатодуоденальной связкой. Если такое окно создано, то это практически гарантирует хирурга от повреждения холедоха (на 99 %). Если не предполагается выполнения интраоперационной холангиографии или холедохоскопии через пузырьный проток, то он дважды клипируется с каждой стороны от линии пересечения и пересекается ножницами.

На основании опыта лапароскопических операций и анализа осложнений в мировой литературе был выработан ряд правил, которые можно рассматривать как «золотой стандарт» в технике безопасного выполнения лапароскопической холецистэктомии и соблюдение которых должно сводить риск осложнений к минимуму:

1. Производить максимальную цефалическую тракцию дна желчного пузыря;

2. Зажимом, наложенным у места перехода воронки пузыря в его проток, следует смещать карман Hartmann латерально и отодвигать его от печени;

3. Начинать диссекцию следует высоко у шейки пузыря и продолжать ее медиально и латерально вблизи стенки органа;

4. После четкой идентификации анатомических структур первой следует пересекать артерию. После рассечения тканей в треугольнике Calot, шейку желчного пузыря нужно освободить, четко определить место соединения стенки тела пузыря с его ложем на печени для создания «окна» и лишь потом пересекать пузырный проток;

5. При наложении клипс нужно четко видеть местоположение их дистальных концов;

6. В неясных случаях производить интраоперационную холангиографию.

Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. Чаще всего осложнения и трудные ситуации при лапароскопической холецистэктомии имеют место при остром холецистите либо после многократно перенесенных острых приступов холецистита, поэтому, говоря об осложненном холецистите, имеется в виду, прежде всего, острый холецистит. Эндоскопическая операция, выполняемая по поводу острого холецистита, имеет ряд технических особенностей.

Определяют возможность лапароскопического вмешательства. Проводится оценка плотности околопузырного инфильтрата, напряженности желчного пузыря, ригидности его стенки, анатомических взаимоотношений органов, вовлеченных в инфильтрат. Иногда дно и тело инфильтрированного и напряженного желчного пузыря располагаются в брюшной полости свободно, симулируя пальпаторные признаки инфильтрата. Однако чаще орган бывает вовлечен в инфильтрат с большим сальником, двенадцатиперстной и поперечно-ободочной кишкой. При разделении инфильтрата обнаруживается гиперемизированная стенка желчного пузыря и возникает капиллярное кровотечение, иногда требующее поверхностной электрокоагуляции.

Напряженный желчный пузырь пунктируется эндоскопической иглой, введенной через троакар, расположенный по срединноключичной линии. Содержимое при этом эвакуируется не полностью, а лишь до появления возможности захвата стенки органа удерживающим зажимом. На место пункции накладывается зубчатый 5-мм. граппер. Такая техника позволяет избежать подтекания содержимого желчного пузыря через пункционное отверстие в брюшную полость.

Неприятной ситуацией, иногда возникающей при лапароскопической холецистэктомии по поводу острого холецистита, является перфорация стенки удаляемого органа. В таких случаях можно сразу же подвести к отверстию трубку отсоса и вытекающее жидкое содержимое максимально аспирировать.

Осложнения лапароскопической холецистэктомии. Перфорация желчного пузыря во время лапароскопической холецистэктомии происходит в 1/3–1/4 случаев, и многими авторами не рассматривается как осложнение. Вместе с тем, не опасная сама по себе, она может вызвать ряд неприятных последствий. К ним относят: попадание в брюшную полость инфицированного содержимого при остром холецистите, рассеивание конкрементов по брюшной полости. 30–40 % рассеянных конкрементов не удастся эвакуировать. Во избежание такого явления любая перфорация желчного пузыря, по возможности, должна быть закрыта. Существует способ быстрого закрытия дефектов желчного пузыря тампонированием поролоновой губкой и прием «опорожнения» содержимого в контейнер при невозможности закрытия.

Одним из тяжелых послеоперационных осложнений после лапароскопической операции на желчных путях является развитие подпеченочного абсцесса в области ложа желчного пузыря. В тех случаях, когда это осложнение rozpoзнается в первую неделю после операции, возможно выполнение лапароскопической санации полости абсцесса: разделяется воспалительный инфильтрат, гной максимально аспирируется, полость гнойника и подпеченочное пространство тщательно отмываются 5–10 литрами жидкости, и операция завершается установлением дренажей в область стенок абсцесса.

Оперативное лечение ЖКБ дает стойкое излечение не менее чем у 85 % больных. Плохие отдаленные результаты наблюдаются у 6–8 % больных в числе которых больные хроническим панкреатитом, оставленными в протоках камня и холангитом.

В последние годы при лечении желчнокаменной болезни используются медикаментозное растворение камней, внутрипузырный лизис камней, физические методы (литотрипсия) воздействия на конкременты в желчных путях, и, в основном, в желчном пузыре.

Экспертиза нетрудоспособности

После холецистэктомии из лапаротомного доступа, как правило, больной находится в отделении до 10 суток при неосложненном течении послеоперационного периода. После эндовидеохирургических операций выписка может осуществляться, начиная с 4–5 суток. Выписывается под наблюдение хирурга поликлиники и находится на больничном листке 30–45 дней. Санаторно-курортное лечение может быть предоставлено не ранее, чем через 6 месяцев после операции.

Литература

1. Видеозендоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / под ред. А. Е. Борисова. – СПб. : ЭФА, «Янус», 2002. – 416 с.
2. Гальперин Э. И. Рубцовые стриктуры желчных протоков / Э. И. Гальперин, Н. Ф. Кузовлев, С. Р. Карагюлян. – М., 1982.
3. Клиническая хирургия (справочное руководство для врачей) / под ред. Ю. М. Панцырева. – М. : Медицина, 1988. – 640 с. (в б-ке мед. ун-та н. чз., 684680ф, уч. аб. уч. к. № 1726).
4. Частная хирургия : учебник : в 2 т. / ред. Ю. Л. Шевченко. – СПб. : СпецЛит, 2000. – Т. 1. – 512 с. (в б-ке мед. ун-та н. аб. 816780ф, уч. аб. уч. к. №

3224).

5. Частная хирургия : учебник : в 2 т. / ред. Ю. Л. Шевченко. – СПб. : СпецЛит, 2000. – Т. 2. – 496 с. (в б-ке мед. ун-та н. аб. 81679оф, уч. аб. уч. к. № 3225).
6. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин ; под ред. М. И. Кузина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2002. – 784 с. (в б-ке мед. ун-та уч. аб. уч. к. № 3483, 8347оф.).
7. Хирургические болезни : учебник с компакт-дискom : в 2 т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2005. – Т. 1. – 608 с.
8. Хирургические болезни : учебник с компакт-дискom : в 2 т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2005. – Т. 2. – 400 с.

Лекция 6

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Введение

Острый холецистит – острое воспаление желчного пузыря, обусловленное нарушением оттока желчи, связанное чаще всего с ущемлением камня или развитием воспалительного процесса в шейке желчного пузыря.

Острый холецистит по частоте возникновения занимает второе место после острого аппендицита и составляет 10 % всех хирургических заболеваний органов брюшной полости. Возникает обычно на фоне предшествующего хронического холецистита. Среди больных острым холециститом камни отсутствуют лишь у 10 % больных. Острый деструктивный безкаменный холецистит встречается чаще у мужчин пожилого возраста. Развитие острого, особенно деструктивного холецистита связано с внезапной обтурацией пузырного протока. Воспалительные и деструктивные изменения желчного пузыря быстрее возникают у больных пожилого возраста с выраженными склеротическими изменениями сосудов желчного пузыря.

Классификация острого холецистита (В. С. Савельев, 1986)

Клинико-морфологическая

Неосложненный холецистит

1. Катаральный;
2. Флегмонозный:
(эмпиема, флегмона стенки, флегмонозно-язвенное поражение стенки);
3. Гангренозный (первичная гангрена пузыря, вторичная)

Осложненный

1. Околопузырный инфильтрат, абсцесс;
2. Пробождение пузыря;
3. Перитонит;
4. Механическая желтуха;
5. Холангит, внутренний или наружный желчный свищ;
6. Острый панкреатит.

Этиология и патогенез

Этиологические факторы острого холецистита многообразны, однако наиболее существенными из них следует считать наличие камней в желчном пузыре, застой желчи с последующим развитием инфекции в желчном пузыре и его воспалением. Начало приступа острого холецистита связано с блокадой пассажа желчи из желчного пузыря, чаще камнем или повреждением слизистой воспалительным процессом вследствие инфекции, проникающей в желчь гематогенно, энтерогенно или лимфогенным путем.

У 90 % больных камни в желчном пузыре обнаруживаются именно при остром холецистите и только у 10 % острый холецистит возникает при их отсутствии. В последних случаях отток желчи из пузыря нарушается вследствие склеротических изменений в нем, либо его перегиба, облитерации и сдавливания спайками или аномально расположенными сосудами.

Развитию и распространению инфекции в желчных путях способствует застой желчи, без чего введение инфекционного начала в желчный пузырь не вызывает острого холецистита. Из пузырной желчи чаще всего высевается кишечная флора, тифозно-паратифозная или кокковая инфекция, а в 20 % случаев содержимое желчного пузыря оказывается стерильным. При резком нарушении оттока желчи желчный пузырь переполняется, растягивается, увеличивается и становится напряженным. Основным следствием желчной гипертензии в пузыре является снижение барьерной функции эпителия слизистой оболочки. Стенки пузыря становятся отечными, серозный покров теряет блеск, приобретает красный цвет с синюшным оттенком. На поверхности пузыря местами появляются налеты фибрина. При восстановлении проходимости пузырного протока эти изменения постепенно исчезают или приобретают хроническое течение, для которого характерны обострения воспалительного процесса. В другой ситуации воспалительные процессы прогрессируют и тогда стенки пузыря пропитываются гноем, ухудшается их трофика и может наступить их некроз.

В нарушении трофики желчного пузыря важное значение имеет сосудистый фактор, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих атеросклерозом. В таких случаях нарушение кровообращения носит характер инфаркта, возникновению которого способствует имеющаяся у больного гипертоническая болезнь.

В ряде случаев острого бескаменного холецистита развитие воспалительного процесса связано с разрушающим действием активных протеолитических ферментов, которые забрасываются из поджелудочной железы и 12-перстной кишки.

Выделяют также и газовый или эмфизематозный холецистит, вызываемый анаэробными микробами. Он имеет тяжелое клиническое течение. Уже на вторые сутки имеется некроз стенки желчного пузыря и рано наступает перфорация. При рентгенологическом исследовании в желчном пузыре выявляют газ и горизонтальный уровень жидкости. Заслуживает внимания и острый холецистит, вызываемый внедрением в желчные пути паразитов (аскарид, двуусток и др.).

Клиника

Заболевание начинается с приступа болей в правом подреберье, который обычно больные связывают с приемом жирной пищи. Боли постоянные, иррадиируют в правую лопатку и плечо, в правую надключичную область, шею. Длится несколько часов, но иногда и дней. Сопровождаются тошнотой или рвотой, причем многократной, не приносящей облегчения. Больные беспокойны, мечутся. Температура тела может быть субфебрильной или повышается до 39° С, иногда с ознобами. Пульс учащается.

На языке появляется налет, а при высокой температуре он становится сухим. Обычно отмечается болезненность в правом подреберье при глубокой и поверхностной пальпации. Здесь же определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Пальпировать пузырь не всегда удается из-за ригидности мышц этой зоны.

Поколачивание по правой реберной дуге выявляет усиление боли в этой зоне (симптом Грекова–Ортнера). Надавливание в области дна желчного пузыря также сопровождается болью (симптом Захарьина). При глубокой пальпации в правом подреберье в момент вдоха больной испытывает боль (симптом Образ-

цова). Если ладонь левой руки положить на правую рёберную дугу и большим пальцем надавить на подреберье, то больной не может сделать глубокого вдоха (симптом Мерфи). Положительный симптом Щеткина–Блюмберга указывает на вовлечение в воспалительный процесс брюшины. При надавливании на ножки кивательной мышцы возникает боль (симптом Мюсси–Георгиевского). Также в некоторых наблюдениях можно отметить симптом Московского – расширение правого зрачка.

В некоторых случаях приходится дифференцировать острый холецистит с острой сердечной патологией (холецистокардиальный симптом Боткина – иррадиация болей за грудину).

Осложненный холецистит, конечно, имеет несколько иные клинические проявления. У пожилых людей преобладают деструктивные формы холецистита, при которых на первый план выступают явления общей интоксикации, а местные проявления оказываются сглаженными.

Надо отметить, что при бурном течении воспаления рано появляются признаки разлитого перитонита. При медленном течении скудность симптомов создает диагностические трудности. Прогресс клинических симптомов свидетельствует о деструктивных изменениях в желчном пузыре.

Диагностика

Ультразвуковая эхография. При остром холецистите может выявляться пристеночная мелкозернистая неомогенность, и специфический признак острого воспаления – скопление жидкости вокруг желчного пузыря в виде ободка без эхосигналов. При развитии осложнений обнаруживается инфильтрация околопузырной клетчатки. Эффективность метода 90 % и выше в зависимости от подготовки врачей.

Кожная многоточечная электротермометрия. Определяют температуру в пяти точках – Мейо-Робсона, Кера, Кюммеля, Мак Бурнея и Ланца и в 5 токах зеркально отраженный на противоположной стороне брюшной стенки. Методика в настоящее время практически не применяется.

Лапароскопия и чрезкожная холецистохолангиография под контролем лапароскопа. Возможно выполнение не только диагностических манипуляций, но и лечебных, для санации и дренирования желчного пузыря, купирующих острый приступ без операции у многих больных. Это особенно важно у больных пожилого возраста.

При остром холецистите так же необходимо использовать дополнительные методы исследования:

- 1) Клиническое исследование крови
- 2) Исследование билирубина крови
- 3) Исследование активности трансфераз сыворотки крови при желтухе
- 4) Определение С-реактивного белка и фибриногена
- 5) Исследование мочи, крови
- 6) Обзорная рентгенография области желчного пузыря и УЗИ этой зоны
- 7) Электрокардиография

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями не требующими оперативного лечения – острая плеввропневмония, инфаркт миокарда, почечная колика.

С заболеваниями *не требующими неотложного оперативного лечения* – обострение язвенной болезни, острого панкреатита, опухоль печеночного угла ободочной кишки.

С заболеваниями *требующими неотложного оперативного лечения* – перфоративная язва желудка, острый аппендицит, панкреонекроз, острая кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов.

Лечение

Консервативное лечение

1. Холод, голод и госпитализация в хирургический стационар (возможно щелочное питье).

2. Обезболивание. Ненаркотические анальгетики. При некупирующихся болях возможно применение не морфиноподобных наркотических препаратов (промедол 2 %).

Паранефральная блокада по Вишневскому – временный перерыв чувствительной и вегетативной иннервации органов. В углу образованном нижним краем 12 ребра и наружным краем выпрямителя туловища перпендикулярно к поверхности тела по направлению к пупку вводят иглу. При попадании в околопочечную клетчатку из нее прекращается обратное вытекание жидкости. Вводят до 150 мл 0,25 % раствора новокаина.

Шейная вагосимпатическая блокада – до 50 мл 0,25 % раствора новокаина. Распространяясь в виде ползуcho инфильтратa по предпозвоночной фасции новокаин вступает в контакт с эпиневрием блуждающих нервов и диафрагмального. Показатель эффективности блокады – гиперемия лица и белковой оболочки глаза,

Блокада круглой связки печени – выше и правее пупка на 2,0 см под апоневроз вводится до 150,0 0,25 % раствора новокаина.

3. Интенсивную инфузионную дезинтоксикационную терапию 2–3 л электролитных и коллоидных растворов с введением спазмолитических, антигистаминных средств.

4. Антибактериальную терапию (при остром холецистите, осложненном перитонитом, механической желтухой с септическим холангитом).

При наличии клиники холецистопанкреатита – ингибиторов протеаз (сандостатин, контрикал, фторурацил, аминокaproновую кислоту).

Холинолитики и спазмолитики (атропин, но-шпа, платифиллин).

Возможно выполнение лапароскопической холецистостомии с эвакуацией содержимого желчного пузыря и его санацией дренированием. Эта методика является альтернативным методом, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

«Но если температура не падает и лихорадка принимает тип интермиттирующий или постоянный, то лучше поскорее бросить внутреннюю терапию и взяться за скальпель, ибо такому больному начинают уже угрожать и холангит, и абсцессы печени, и прободение желчного пузыря, и общий сепсис» (С. П. Фёдоров). Его рекомендации сохраняют свою жизненность и сегодня. Больных с нарастанием острых воспалительных явлений холецистита нужно оперировать в срочном порядке. О нарастании этих явлений мы судим по усилению болей, по увеличению воспалительного инфильтратa, развитию лихорадки, нарастанию лейкоцитоза в крови, тахикардии.

Если есть показания к экстренной операции, то она выполняется после кратковременной подготовки. Характер и объем оперативного вмешательства определяется обнаруженными при лапаротомии изменениями желчевыводящей системы и общим состоянием больного.

Хирургическое лечение

Показания к оперативному лечению при остром холецистите:

1. Перитонит;
2. Неэффективность консервативной терапии в течение 72 часов;
3. Осложнения острого холецистита (абсцедирование);
4. Сочетание острого холецистита с острым панкреатитом.

Все операции, при остром холецистите в зависимости от срока их выполнения от момента поступления больного в стационар разделяются на неотложные, срочные, отсроченные и плановые.

1. Неотложные операции выполняются у больных с острым холециститом, осложненным перитонитом. Неотложные операции выполняются в любое время суток в сроки до 3-х часов с момента госпитализации больного в стационар, необходимых для предоперационной подготовки, проведения минимально достаточных диагностических исследований, а так же организации операционной.

Срочные операции выполняются при сохранении или нарастании местных признаков острого холецистита и системных нарушений, связанных с эндогенной интоксикацией, в течение первых 24–48 часов после поступления, желательно в дневное время. При подозрении на септический холангит, когда в клинической картине нарастают признаки эндотоксикоза в виде триады Шарко (боль в правом подреберье, лихорадка с ознобом, желтуха) или пентады Рейнольдса (боль в правом подреберье, лихорадка с ознобом, желтуха, артериальная гипотензия и нарушение сознания) вследствие развития септического шока. Срок выполнения срочной операции должен быть ограничен до 1-х суток.

Отсроченные операции выполняются в сроки 3–10 суток с момента госпитализации пациентов, которым была показана срочная операция, но которые по тем или иным причинам от нее отказались, а впоследствии согласились в связи с ухудшением общего состояния. Операции, проводимые в этот срок, не относятся к плановым, так как даже спустя 8–10 дней от начала заболевания у 40–50 % больных обнаруживаются деструктивные формы холецистита.

Плановые операции выполняются пациентам с желчно-каменной болезнью через 1–3 мес. после купирования приступа острого холецистита.

Перед операций в обязательном порядке производится опорожнение желудка через введенный зонд, мочевого пузыря и гигиеническая подготовка области оперативного вмешательства. За 30–40 минут до операции с превентивной целью вводятся антибиотики.

Выбор метода и объем оперативного вмешательства определяется характером и выраженностью местных изменений со стороны желчного пузыря или его осложнений, возрастом и функциональным состоянием больного, а также квалификацией хирургической бригады.

Операция по поводу острого холецистита выполняется в условиях эндотрахеального наркоза с миорелаксацией. Вопрос о выборе метода анестезии при неосложненных формах острого холецистита у лиц старческого возраста или у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации или

с другими острыми заболеваниями (пневмонией, инфарктом миокарда, нарушением мозгового кровообращения, нарушениями ритма и др.), чем обусловлена крайняя тяжесть состояния пациентов, решается индивидуально с участием анестезиологов. В этих случаях для выполнения минимального хирургического вмешательства – холецистостомии – возможно использование местной инфильтрационной анестезии.

Операция выполняется, как правило, через срединный лапаротомный доступ. В некоторых случаях, в частности у ранее оперированных пациентов, в случае подозрения на околопузырный абсцесс и пр. допустим разрез в правом подреберье. При обнаружении разлитого перитонита показано расширение доступа оперативного вмешательства для адекватной санации и дренирования брюшной полости. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений целесообразно назначение клексана в пред- и послеоперационном периоде в дозировке 40 мг.

Интраоперационные методы исследования

1. Пальпация желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков
2. Зондирование желчных протоков
3. Холангиоскопия и интраоперационная холангиография
4. Биопсия печени

Проводится обследование панкреатобилиарной зоны, включая осмотр поджелудочной железы через малый сальник или отверстие в желудочно-ободочной связке, желудка на предмет воспалительных, рубцовых, кистозных или опухолевых изменений. Осмотр и пальпация желчного пузыря, гепатикохоледоха, головки поджелудочной железы.

При простом (катаральном) или флегмонозном холецистите с наличием местного реактивного выпота или без него выполняется типичная (антеградная или ретроградная) холецистэктомия.

При выявлении напряженного инфильтрированного желчного пузыря проводится его пункция толстой иглой с последующим удалением содержимого.

Выпот осушается, к ложу желчного пузыря в правом подпеченочном пространстве через отдельный прокол тканей брюшной стенки вводится контрольный дренаж. При отсутствии желчеистечения дренаж из брюшной полости удаляется на 2–3 сутки.

Альтернативным методом может служить эндовидеохирургическое вмешательство. Противопоказанием (относительным) для завершения холецистэктомии лапароскопическим методом является выявление разлитого перитонита, гангренозного холецистита, плотного воспалительного околопузырного инфильтрата или абсцесса.

При затруднении выделения и верификации желчных структур из инфильтрата или воспалительных сращений в области пузырного и печеночных протоков желчный пузырь удаляется «от дна» или открытым способом на пальце. Ориентацию облегчает выполнение холецистохолангиографии.

При обнаружении небольшого, склерозированного или расположенного внутрипеченочно нефункционирующего желчного пузыря, а также у больных циррозом печени, когда традиционное полное удаление желчного пузыря тех-

нически сложно и опасно неуправляемым кровотечением из ложа, целесообразно выполнять операцию типа мукоклазии.

Пациентам преклонного возраста, у которых острый холецистит с выраженной интоксикацией сочетается с сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации или больным любого возраста с острыми заболеваниями (пневмонией, инфарктом миокарда, нарушением мозгового кровообращения, нарушениями ритма и др.), которые обуславливают крайнюю тяжесть состояния, выполняется наиболее безопасное вмешательство – холецистостомия путем открытого минилапаротомного доступа в правом подреберье под местной анестезией или путем пункции и дренирования желчного пузыря под ультразвуковым или лапароскопическим контролем. Противопоказанием для формирования холецистостомы являются гангренозно измененный желчный пузырь и разлитой перитонит.

В затруднительной ситуации, связанной с выраженными воспалительными изменениями со стороны желчного пузыря и затруднением верификации структур гепатодуоденальной связки во избежание жизнеугрожающих интраоперационных повреждений рекомендуется также выполнять холецистостомию в качестве первого этапа перед повторным радикальным вмешательством. Через 6–8 месяцев этим пациентам выполняется плановая холецистэктомия. Если выполнение радикального вмешательства связано с повышенным риском развития осложнений и декомпенсации сопутствующих заболеваний, то холецистостомический дренаж удаляется или оставляется. После удаления дренажа из желчного пузыря в 50 % случаев в течение нескольких лет развивается рецидив холецистолитиаза.

Перфорация желчного пузыря является осложнением острого холецистита. Перфорация желчного пузыря в свободную брюшную полость встречается только у 1 % пациентов. В этом случае имеется клиническая картина перитонита и пациенты нуждаются в выполнении неотложной операции.

При остром холецистите, **показаниями к холедохотомии** являются:

абсолютные:

- наличие пальпируемых конкрементов в гепатикохоledoхе;
- конкременты в гепатикохоledoхе, выявленные с помощью других методов исследования (УЗИ, РХПГ и т. д.);
- гнойный холангит;
- наличие холедоходигестивных свищей;
- значительное расширение холедоха свыше 1,5 см в диаметре;
- относительные показания к холедохотомии, являются одновременно показаниями к интраоперационной холангиографии;
- наличие желтухи в анамнезе или в момент операции;
- мелкие конкременты в желчном пузыре при широком пузырном протоке;
- утолщение стенок гепатикохоledoха, свидетельствующее о наличии холангита в анамнезе;
- умеренное расширение гепатикохоledoха до 1,5 см в диаметре;

Показанием к холангиографии также является подозрение на аномалию в анатомии желчевыводящей системы.

Холедохотомия завершается обязательным наружным дренированием холедоха.

Альтернативой рентгеноконтрастного метода исследования желчных протоков во время операции является холангиоскопия. Условие, при котором возможно ее выполнение – расширение холедоха более 10 мм с учетом того, что внешний размер современных холангиоскопов равен 3–6 мм.

Дренирование брюшной полости после операции осуществляется с помощью только трубчатых дренажей.

Экспертиза нетрудоспособности

После холецистэктомии швы снимаются на 7–10 сутки.

Выписка при не осложненном течении послеоперационного периода производится на 8–10 сутки. Под наблюдением хирурга поликлиники находится в течение 35 дней.

При наличии функционирующей холецистостомы рекомендуется повторная госпитализация через 6–8 мес. для радикальной операции или удаления дренажа.

Протокол организации лечебно-диагностических мероприятий при остром холецистите

1. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе

1. Наличие болей в верхних отделах живота, особенно в случае установленной желчнокаменной болезни, требует целенаправленного исключения диагноза «острый холецистит» с учетом разнообразия его форм.

2. Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого холецистита служат основанием для направления больного в хирургический стационар. В случае атипичной клинической картины или сомнения в диагнозе необходима госпитализация в хирургический стационар для динамического наблюдения.

3. При неснятом диагнозе острого холецистита противопоказано применение местного тепла (грелки) на область живота, а также применение обезболивающих, клизм и слабительных препаратов.

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

5. В случае самовольного ухода больного до определения диагноза из приемного отделения хирургического стационара врач приемного отделения обязан сообщить об этом в поликлинику по месту жительства больного для активного его осмотра хирургом поликлиники на дому или врачом скорой помощи.

II. Протоколы диагностических мероприятий в приемном отделении стационара

Главной задачей этапа диагностики в хирургическом отделении является выделение пациентов с осложненными формами острого холецистита, которым показано неотложное хирургическое лечение.

1. Основными признаками типично протекающего острого холецистита являются болезненность, защитное напряжение мышц в области правого подреберья и пальпация увеличенного желчного пузыря.

2. Защитное напряжение мышц брюшной стенки может отсутствовать:
- в первые часы заболевания при простом (катаральном) холецистите;
 - у больных пожилого и старческого возраста;
 - у пациентов повышенного питания с развитой подкожно-жировой клетчаткой;

В этом случае используются дополнительные физикальные симптомы Ке-ра, Орнтера-Грекова, Менделя, Мюсси, Мэрфи, которые направлены на выявление болевых реакций в области желчного пузыря.

3. В зависимости от выраженности местных проявлений и тяжести состояния все больные с острым холециститом по своему лечебно-диагностическому предназначению распределяются на две основные группы.

Первая группа – больные с явными признаками разлитого перитонита или деструктивного холецистита и эндогенной интоксикацией с проявлениями органной или полиорганной несостоятельности. После сокращенной гигиенической обработки они направляются в отделение интенсивной терапии или операционную (при возможности использовать операционную для проведения предоперационной подготовки), где неотложные диагностические и лечебные мероприятия совмещаются с предоперационной подготовкой

Вторая группа – больные с клиникой острого холецистита без признаков перитонита. После комплекса лабораторных и аппаратных исследований направляются в хирургическое отделение для консервативного лечения и динамического наблюдения.

4. Лабораторные исследования.

Обязательные:

Общий клинический анализ крови, сахар, билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза, креатинин, мочевина, протромбин, анализ крови на RW, группа и резус-фактор крови. Общий анализ и диастаза мочи. Дополнительные: ЩФ, калий и натрий крови, общий белок и фракции, КЩС.

5. Инструментальные и другие исследования. Рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, фиброгастроскопия. Обзорная рентгенография брюшной полости (по показаниям).

III. Протоколы дифференцированной тактики в хирургическом отделении

1. Установленный диагноз острого холецистита, осложненного разлитым перитонитом, служит абсолютным показанием к неотложной операции после кратковременной предоперационной подготовки в сроки не более 2–3 часов после поступления больного.

2. Во всех остальных случаях лечение больного с острым холециститом должно начинаться с консервативной терапии, направленной на купирование воспалительного процесса и эндотоксикоза.

3. Комплекс лечебных мероприятий острого холецистита включает:

- постельный режим;
- холод на область правого подреберья;
- обезболивание (ненаркотические анальгетики и различные новокаиновые блокады);

- интенсивную инфузионную дезинтоксикационную терапию 2-3 л электролитных и коллоидных растворов с введением спазмолитических, антигистаминных средств;

- антибактериальную терапию (при остром холецистите, осложненном перитонитом, механической желтухой с септическим холангитом):

- при наличии холецистопанкреатита – ингибиторов протеаз (сандостатин, контрикал, фторурацил, аминокaproновую кислоту);

4. Основным методом дифференциальной диагностики острого холецистита является динамическое наблюдение, при необходимости с повторным УЗ-исследованием желчного пузыря. В ходе наблюдения фиксируются нарастание местных признаков острого холецистита или их уменьшение под влиянием консервативной терапии, а также динамика системных нарушений, связанных с эндогенной интоксикацией и общесоматическими расстройствами.

Сохранение или нарастание признаков острого холецистита (отсутствие положительной динамики) является показанием к активной хирургической тактике.

Уменьшение клинических и объективных признаков острого холецистита служит основанием для продолжения консервативной терапии и наблюдения.

IV. Протоколы дифференцированной хирургической тактики при остром холецистите

Все операции, при остром холецистите в зависимости от срока их выполнения от момента поступления больного в стационар разделяются на неотложные, срочные, отсроченные и плановые.

1. Неотложные операции выполняются у больных с острым холециститом, осложненным перитонитом. Неотложные операции выполняются в любое время суток в сроки до 3-х часов с момента госпитализации больного в стационар, необходимых для предоперационной подготовки, проведения минимально достаточных диагностических исследований, а так же организации операционной.

Срочные операции выполняются при сохранении или нарастании местных признаков острого холецистита и системных нарушений, связанных с эндогенной интоксикацией, в течение первых 24–48 часов после поступления, желательно в дневное время. При подозрении на септический холангит, когда в клинической картине нарастают признаки эндотоксикоза в виде триады Шарко (боль в правом подреберье, лихорадка с ознобом, желтуха) или пентады Рейнольдса (боль в правом подреберье, лихорадка с ознобом, желтуха, артериальная гипотензия и нарушение сознания) вследствие развития септического шока. Срок выполнения срочной операции должен быть ограничен до 1-х суток.

Отсроченные операции выполняются в сроки 3–10 суток с момента госпитализации пациентов, которым была показана срочная операция, но которые по тем или иным причинам от нее отказались, а впоследствии согласились в связи с ухудшением общего состояния. Операции, проводимые в этот срок, не относятся к плановым, так как даже спустя 8–10 дней от начала заболевания у 40–50 % больных обнаруживаются деструктивные формы холецистита.

Плановые операции выполняются пациентам с желчно-каменной болезнью через 1–3 мес. после купирования приступа острого холецистита.

2. Перед операцией в обязательном порядке производится опорожнение желудка через введенный зонд, мочевого пузыря и гигиеническая подготовка

области оперативного вмешательства. За 30–40 минут до операции с превентивной целью вводятся антибиотики.

3. Выбор метода и объем оперативного вмешательства определяется характером и выраженностью местных изменений со стороны желчного пузыря или его осложнений, возрастом и функциональным состоянием больного, а также квалификацией хирургической бригады.

4. Операция по поводу острого холецистита выполняется в условиях эндотрахеального наркоза с миорелаксацией. Вопрос о выборе метода анестезии при неосложненных формах острого холецистита у лиц старческого возраста или у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации или с другими острыми заболеваниями (пневмонией, инфарктом миокарда, нарушением мозгового кровообращения, нарушениями ритма и др.). чем обусловлена крайняя тяжесть состояния пациентов, решается индивидуально с участием анестезиологов. В этих случаях для выполнения минимального хирургического вмешательства – холецистостомии – возможно использование местной инфильтрационной анестезии.

5. Операция выполняется через срединный лапаротомный доступ. В некоторых случаях, в частности у ранее оперированных пациентов, в случае подозрения на околопузырный абсцесс и пр. допустим разрез в правом подреберье.

При обнаружении разлитого перитонита показано расширение доступа оперативного вмешательства для адекватной санации и дренирования брюшной полости.

6. Проводится обследование панкреатобилиарной зоны, включая осмотр поджелудочной железы через малый сальник или отверстие в желудочно-ободочной связке, желудка на предмет воспалительных, рубцовых, кистозных или опухолевых изменений. Осмотр и пальпация желчного пузыря, гепатикохоледоха, головки поджелудочной железы.

7. При простом (катаральном) или флегмонозном холецистите с наличием местного реактивного выпота или без него выполняется типичная (антеградная или ретроградная) холецистэктомия.

8. При выявлении напряженного инфильтрированного желчного пузыря проводится его пункция толстой иглой с последующим удалением содержимого.

9. Пузырная артерия перевязывается или прошивается с пересечением.

10. Культия пузырного протока перевязывается.

11. Ложе желчного пузыря утаивается за счет оставшейся брюшины отдельными или непрерывными швами с целью гемостаза и профилактики желчеистечения из добавочных желчных ходов. Достижение надежного гемостаза, особенно при выполнении лапароскопической холецистэктомии, возможно при использовании пластинки препарата «Тахокомб».

12. Выпот осушается, к ложу желчного пузыря в правом подпеченочном пространстве через отдельный прокол тканей брюшной стенки вводится контрольный дренаж. При отсутствии желчеистечения дренаж из брюшной полости удаляется на 2–3 сутки.

13. Во всех случаях, указанных в п. 6–12 альтернативным методом может служить эндовидеохирургическое вмешательство. Противопоказанием (относительным) для завершения холецистэктомии лапароскопическим методом явля-

ется выявление разлитого перитонита, гангренозного холецистита, плотного воспалительного околопузырного инфильтрата или абсцесса.

14. При затруднении выделения и верификации желчных структур из инфильтрата или воспалительных сращений в области пузырного и печеночных протоков желчный пузырь удаляется «от дна» или открытым способом на пальце. Ориентацию облегчает выполнение холецистохолангиографии.

15. При обнаружении небольшого, склерозированного или расположенного внутрипеченочно нефункционирующего желчного пузыря, а также у больных циррозом печени, когда традиционное полное удаление желчного пузыря технически сложно и опасно неуправляемым кровотечением из ложа, целесообразно выполнять операцию типа мукоклазии.

16. Пациентам преклонного возраста, у которых острый холецистит с выраженной интоксикацией сочетается с сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации или больным любого возраста с острыми заболеваниями (пневмонией, инфарктом миокарда, нарушением мозгового кровообращения, нарушениями ритма и др.), которые обуславливают крайнюю тяжесть состояния, выполняется наиболее безопасное вмешательство – холецистостомия путем открытого минилапаротомного доступа в правом подреберье под местной анестезией или путем пункции и дренирования желчного пузыря под ультразвуковым или лапароскопическим контролем. Противопоказанием для формирования холецистостомы являются гангренозно измененный желчный пузырь и разлитой перитонит.

17. В затруднительной ситуации, связанной с выраженными воспалительными изменениями со стороны желчного пузыря и затруднением верификации структур гепатодуоденальной связки во избежание жизнеугрожающих интраоперационных повреждений рекомендуется также выполнять холецистостомию в качестве первого этапа перед повторным радикальным вмешательством.

18. Через 6–8 месяцев этим пациентам выполняется плановая холецистэктомия. Если выполнение радикального вмешательства связано с повышенным риском развития осложнений и декомпенсации сопутствующих заболеваний, то холецистостомический дренаж удаляется или оставляется. После удаления дренажа из желчного пузыря в 50 % случаев в течение нескольких лет развивается рецидив холецистолитиаза.

19. Перфорация желчного пузыря является осложнением острого холецистита. Перфорация желчного пузыря в свободную брюшную полость встречается только у 1 % пациентов. В этом случае имеется клиническая картина перитонита и пациенты нуждаются в выполнении неотложной операции.

20. Чаше имеет место прободение или пенетрация желчного пузыря в окружающие ткани – кишку, сальник, брюшную стенку с развитием околопузырного абсцесса или свища.

21. При остром холецистите, показаниями к холедохотомии являются:

абсолютные:

- наличие пальпируемых конкрементов в гепатикохоledохе;
- конкременты в гепатикохоledохе, выявленные с помощью других методов исследования (УЗИ, РХПГ и т. д.);
- гнойный холангит;
- наличие холедоходигестивных свищей;

- значительное расширение холедоха свыше 1,5 см в диаметре;
 - относительные показания к холедохотомии, являются одновременно показаниями к интраоперационной холангиографии;
 - наличие желтухи в анамнезе или в момент операции;
 - мелкие конкременты в желчном пузыре при широком пузырном протоке;
 - утолщение стенок гепатикохоледоха, свидетельствующее о наличии холангита в анамнезе;
 - умеренное расширение гепатикохоледоха до 1. 5 см в диаметре;
- Показанием к холангиографии также является подозрение на аномалию в анатомии желчевыводящей системы.

Холедохотомия завершается обязательным наружным дренированием холедоха.

Альтернативой рентгеноконтрастного метода исследования желчных протоков во время операции является холангиоскопия. Условие, при котором возможно ее выполнение – расширение холедоха более 10 мм с учетом того, что внешний размер современных холангиоскопов равен 3–6 мм.

22. Дренирование брюшной полости после операции осуществляется с помощью только трубчатых дренажей. Использование с дренирующей целью тампонов исключается. Тампоны применяются только с целью ограничения воспалительного очага от брюшной полости или в исключительных случаях – для остановки диффузного кровотечения из ложа желчного пузыря, перивезикального инфильтрата или абсцесса, когда удаление всех гнойно-некротических тканей не представляется возможным.

23. Желчный пузырь и другие удаленные ткани направляются на гистологическое исследование. Выпот и содержимое абсцессов направляются на бактериологические посевы для идентификации микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

V. Протоколы антибактериальной терапии

1. При простом (катаральном) холецистите профилактическое и лечебное введение антибиотиков не применяется.

2. При флегмонозном, гангренозном холецистите, перивезикальном абсцессе парентеральная антибактериальная терапия начинается во время операции и продолжается в послеоперационном периоде. Применяются препараты, активные в отношении Гр-отрицательной, аэробной и энтерококковой флоры.

3. При разлитом перитоните, механической желтухе, септическом холангите антибиотикотерапия является важным моментом предоперационной подготовки, продолжается во время операции и в послеоперационном периоде (аминогликозиды, пенициллины, цефалоспорины, клиндамицин, метронидазол). Препаратами выбора для проведении системной и регионарной терапии являются препараты тетрациклинового ряда (доксциклин) и группы уреидопенициллинов (пиперациллин) в сочетании с клионом (Гедеон-Рихтер. А. О.).

VI. Протоколы послеоперационного ведения больных с острым холециститом

1. Пациенты с осложненными формами острого холецистита после операции переводятся в отделение интенсивной терапии. На следующие сутки после операции назначается общий и биохимический анализы крови, ЭКГ.

2. На первые сутки после операции разрешается прием жидкости, далее – диета № 1.
3. После холецистэктомии швы снимаются на 7–10 сутки.
4. В течение 2 месяцев после операции рекомендуется ограничение физической нагрузки и соблюдение диеты № 5.

Литература

1. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях брюшной полости (материалы ассоциации хирургов Санкт-Петербурга). – СПб., 2001. – 33 с.
2. Частная хирургия : учебник : в 2 т. / ред. Ю. Л. Шевченко. – СПб. : СпецЛит, 2000. – Т. 1. – 512 с. (в б-ке мед. ун-та н. аб. 81678оф, уч. аб. уч. к. № 3224).
3. Частная хирургия : учебник : в 2 т. / ред. Ю. Л. Шевченко. – СПб. : СпецЛит, 2000. – Т. 2. – 496 с. (в б-ке мед. ун-та н. аб. 81679оф, уч. аб. уч. к. № 3225).
4. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин ; под ред. М. И. Кузина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2002. – 784 с. (в б-ке мед. ун-та уч. аб. уч. к. № 3483, 8347оф.).
5. Хирургические болезни : учебник с компакт-диском : в 2 т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2005. – Т. 1. – 608 с.
6. Хирургические болезни : учебник с компакт-диском : в 2 т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2005. – Т. 2. – 400 с.

Лекция 7

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Введение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – хроническое, циклически протекающее заболевание, характеризующееся формированием язвенного дефекта слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки вследствие нарушения нервных или гуморальных механизмов регуляции моторной и секреторной функций желудка или двенадцатиперстной кишки.

По данным отечественных авторов, язвенная болезнь выявляется у 1,5 % взрослого населения, а в экономически развитых странах – около 7–10 % населения в течение жизни болеют язвенной болезнью. Во многих странах мира, в том числе и в России, язвенная болезнь является самым распространенным заболеванием органов пищеварения, причем в последние годы многими авторами отмечается рост заболеваемости. Так, по данным Венского патолого-анатомического института, частота язвенной болезни за последние 100 лет возросла в 100 раз. Число больных с впервые выявленной язвенной болезнью увеличивается за год на 12 %, заболеваемость среди детей и подростков повысилась на 19 и 23 % соответственно, общее количество больных язвенной болезнью, состоящих на учете в нашей стране, составляет 3 млн., а фактически значительно выше (Я. С. Циммерман).

Заболевание чаще встречается у мужчин, соотношение между мужчинами и женщинами составляет 4:1, что особенно заметно в молодом возрасте, но с возрастом у женщин повышается не только частота, но и тяжесть течения заболевания.

В целом же тяжесть течения заболевания у обоих полов примерно одинакова. Как полагают, меньшая склонность женщин к развитию заболевания связана с общими особенностями их организма. Известно, что женщины заметно превосходят мужчин жизнестойкостью и живут в среднем на 8–10 лет дольше, легче переносят голод и другие лишения. И, к тому же, меньше подвергаются воздействию вредных привычек (курение, алкоголизм). Поэтому слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки у женщин лучше, чем у мужчин, противостоит различным повреждающим влияниям. Но надо отметить, что этиологические факторы язвообразования до сих пор недостаточно изучены.

Классификация

Общая характеристика болезни (номенклатура ВОЗ)

Язвенная болезнь желудка (531)

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (532)

Язвенная болезнь неуточненной локализации (533)

Пептическая гастроэзофагеальная язва после резекции желудка (534)

Клиническая форма

А. Острая или впервые выявленная

Б. Хроническая

Течение

А. Латентное

Б. Легкой степени тяжести или редко рецидивирующее

В. Средней степени тяжести или 1–2 рецидива в год

Г. Тяжелое или непрерывно рецидивирующее (более 3 раз в год), развитие осложнений.

Характеристика морфологического субстрата болезни

А. Размеры язвы (не большая – менее 0,5 см; средняя – 0,5–1 см; крупная – 1,1–3 см; гигантская – более 3 см).

Б. Стадия развития (активная, рубцующаяся, стадия красного рубца, стадия белого рубца, длительно не рубцующаяся)

Локализация язвы

А. Желудок (а – кардия, субкардия, тело, антральный отдел, пилорический канал; б – передняя стенка, задняя, малая кривизна, большая кривизна)

Б. Двенадцатиперстная кишка (а – луковица, постбульбарная часть; б – передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна и большая кривизна)

Фаза

А. Обострение (рецидив)

Б. Затухающее обострение (неполная ремиссия)

В. Ремиссия

Характеристика функций гастродуоденальной системы

Указать выраженные нарушения секреторной, моторной и эвакуаторной функций

Осложнения

Кровотечение

Перфорация

Стеноз

Пенетрация

Малигнизация.

Классификация Рысса С. М. (1968 г.)

Локализация – тело, малая кривизна, кардиальный отдел, большая кривизна, луковица двенадцатиперстной кишки.

Сопутствующие изменения слизистой оболочки желудка (хронический гастрит, поверхностный с поражением желез без атрофии, атрофический, хронический дуоденит – поверхностный, диффузный, атрофический)

Желудочная секреция – норма, повышенная и истинная ахлогидрия

Течение – периодически рецидивирующее, часто, латентное течение. Ювенильная язва, в пожилом возрасте; доброкачественное и злокачественное течение

Особые формы – язва привратника, гигантская язва, постбульбарная язва

Осложнения язвы-малигнизация, стеноз, кровотечение, перфорация и пенетрация.

Хирурги часто используют классификацию Johnston

1 тип – Язва малой кривизны (выше 3 см от привратника)

2 тип – Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

3 тип – Язвы пилорического отдела желудка (до 3 см от привратника)

Этиология и патогенез

Согласно существующим представлениям в основе язвенной болезни лежит несоответствие между повреждающим воздействием желудочного сока и сопротивляемостью слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, то есть к язвообразованию должны вести факторы или усиливающие кислую агрессию, или снижающие резистентность слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.

В настоящее время клиническая медицина располагает данными, которые свидетельствуют о различиях язвы двенадцатиперстной кишки и язвы желудка. Эти различия касаются как патогенеза, так и клинического проявления этих заболеваний. Известно, что язва двенадцатиперстной кишки в естественных условиях встречается только у человека, в то время как язва желудка обнаружена и у некоторых животных. Этот и другие факты свидетельствуют о ведущей роли центральной нервной системы человека в происхождении язвы двенадцатиперстной кишки. Именно для этого заболевания характерно преимущественное нарушение нервно-рефлекторной, мозговой фазы желудочной секреции. Если у здорового человека выработка желудочного сока распределяется примерно поровну между нервно-рефлекторной и гуморальной фазами, то у больных язвой двенадцатиперстной кишки около 70–80 % всей продукции соляной кислоты и пепсина падает на мозговую фазу, регулирующую через ядра блуждающих нервов. У этих больных возрастает так называемая неврогенная секреция. У больных язвой желудка преобладает гуморальная, антральная фаза секреции, регулируемая через систему гастрин.

Таким образом, язвенная болезнь – это хроническое заболевание, при котором, вследствие расстройств нервной и гормональной регуляции, нарушается функция желудка и двенадцатиперстной кишки, снижается резистентность слизистой к самоперевариванию, что и приводит к образованию пептической язвы. Пептическая теория язвообразования наиболее полно отвечает современным представлениям о механизме развития заболевания. Без кислотопродукции нет язвы. Известен постулат К. Schwartz, сформулированный еще в 1910 г.: «Нет кислоты (хлористо – водородной) – нет язвы», который до сих пор никем не был опровергнут. При полной утрате желудком склонности к кислотообразованию язва не образуется.

Так, многие авторы отмечают, что для больных язвой двенадцатиперстной кишки характерны резко выраженные нервно-вегетативные расстройства и повышенный тонус центров блуждающих нервов, что значительно реже наблюдается у больных язвой желудка. При язве двенадцатиперстной кишки обычно имеет место повышение моторной функции желудка, и, наоборот, признаки гипомоторики характерны для язвы желудка.

Выделяют основные и предрасполагающие факторы язвообразования.

Основные факторы:

1. Расстройства нервных и гуморальных механизмов регуляции функций желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Местные нарушения трофики гастродуоденальной системы в результате стрессовых факторов, нарушений питания и эндокринных расстройств. В основе лежит изменение координирующей роли коры головного мозга на гипоталамус со стойким возбуждением n. vagus.

Предласпологающие факторы:

1. Нарушение защитного барьера слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с нарушением кровообращения. В этом отношении большое значение имеет дуоденогастральный рефлюкс, который ведет к энтероликации слизистой оболочки желудка с последующими дистрофическими изменениями в слизистой и язвообразованием.

2. Усиление эндогенных факторов агрессии (избыточное кислотообразование) и ослабление резистентности слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (гастрит, дуоденит), которое обусловлен заселением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки спиралевидными бактериями – *Helicobacter pylori*. Следует учитывать, что геликобактериоз – одна из наиболее распространенных инфекций человека, которая обуславливает развитие гастрита и является одним из ведущих патогенетических механизмов язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

По данным современных авторов (Григорьев П. Я., Баранская Е. К.) на язвенную болезнь ассоциированную с *Helicobacter pylori* приходится 70–80 % пациентов с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке и 50–60 % с локализацией язвы в желудке.

Много времени потребовалось для того, чтобы доказать, что гиперсекреция является следствием чрезмерной нейрогуморальной стимуляции обкладочных клеток и во многом зависит от гипертонуса блуждающих нервов. При этом надо отметить, что присутствие пепсина хотя и составляет необходимую предпосылку для язвообразования, но лишь закрепляет результат воздействия соляной кислоты на слизистую желудка.

В 1998 г. предложена оригинальная концепция (Я. С. Циммерман), подтвержденная исследованиями зарубежных авторов, взаимоотношений организма человека и Нр-инфекции. Согласно этой концепции, много тысячелетий назад Нр проникли в полость желудка, сумели выжить и адаптироваться в его резко кислой среде, обладающей выраженными бактерицидными свойствами. Заняв свою экологическую нишу в желудке, Нр на протяжении целой исторической эпохи сосуществовали с организмом человека в качестве комменсалов («сотрапезников»): произошел естественный отбор. В процессе эволюции сформировались симбионтные отношения между человеком и Нр, которые не вредили своему хозяину, поскольку его здоровье служило надежной гарантией сохранения популяции этих бактерий.

С началом «эры антибиотиков» существовавшая в желудке сбалансированная микрoэкологическая система («здоровое бактерионосительство») была грубо нарушена, поскольку при попытке ликвидации болезнетворных бактерий одновременно подавлялась жизнедеятельность Нр. Однако благодаря адаптационным возможностям этих микроорганизмов они не были уничтожены, но подверглись мутациям, в связи с чем часть из них приобрела «агрессивные», цитотоксические свойства.

Таким образом, за последние 50 лет, в связи с массовой антибиотикотерапией в значительной степени была разрушена создававшаяся на протяжении многих тысячелетий природная экологическая система «человек-эндосимбионтные бактерии», которая сложилась в процессе эволюции и есте-

ственного отбора, что и привело к образованию бактерий с патогенными, цитотоксическими свойствами.

По видимому преобладающее значение в патогенезе язвообразования имеет кислотно-пептический фактор, являющийся обязательным (облигатным), в отличие от Нр, которые играют факультативную роль

Клиника

Клинические симптомы болезни определяются локализацией язвы, развитием ее осложнений, возрастом больного и сопутствующей патологией. Основные проявления язвенной болезни – боль и диспепсические явления. Типичными являются точечные, локальные боли. Локализация боли зависит от расположения язвы. Характерна периодичность боли и связь с приемом пищи, сезонность обострений.

В зависимости от временной связи с едой различают раннюю, позднюю, ночную и голодные (через 6–7 часов после еды) боли. Ранняя боль в течение 1 часа после приема и чаще у больных с язвенной болезнью желудка. Поздняя, голодная и ночные боли спустя 1,5–4 часа после еды у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Ночные боли заставляют больных просыпаться чаще всего во второй половине ночи.

С точки зрения патофизиологических механизмов голодные, поздние и ночные боли при язве двенадцатиперстной кишки обусловлены гипогликемией, которая развивается натощак. Эта физиологическая тошачковая гипогликемия, являясь мощным раздражителем ядер блуждающих нервов, приводит к возрастанию желудочной секреции и воздействию кислого желудочного содержимого на изъязвленную поверхность слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Не случаен тот факт, что прием небольшого количества углеводов снимает боли вместе с устранением гипогликемии. В этом случае нет оснований говорить о нейтрализации кислого желудочного содержимого пищевыми массами, хотя и такой механизм снятия болей у больных язвой двенадцатиперстной кишки не исключается, если больной принимает достаточно большое количество пищи или употребляет соду.

Изжога повторяет ритм язвенной болезни. Рвота может возникать на высоте болей и быть ранней или поздней. Она чаще сопровождает позднюю боль и носит рефлекторный характер. Тошнота может предшествовать рвоте. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки может быть отрыжка кислым, при язвенной болезни желудка – пустая или пищевой. Пациенты обычно по опыту сами могут определить, когда у них развивается рецидив болезни.

Общее состояние больных удовлетворительное. При осмотре живот нормальной конфигурации. При пальпации определяется умеренная болезненность в эпигастрии. Большее значение принадлежит выявлению зон перкуторной болезненности (К. Mendel) – для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки – в правой половине эпигастрия до правого подреберья (пилородуоденальная перкуторная зона болезненности); для язв малой кривизны желудка – по средней линии живота и несколько влево от нее (желудочная перкуторная зона боли); при кардиальной язве – у мечевидного отростка.

Диагностика

Важным этапом обследования больного язвой двенадцатиперстной кишки является анамнез заболевания, особенностью которого в таких случаях является периодичность и сезонность течения болезни с обострениями в ранние весенние и поздние осенние месяцы года, нередко повторяющиеся желудочно-кишечные кровотечения. При выяснении анамнеза заболевания важно уточнить эффективность проводимого ранее лечения.

Из анамнеза жизни больного язвой двенадцатиперстной кишки важно выделить стрессовые моменты, перенесенные травмы, интоксикации, условия питания, труда и военной службы, а также наследственные особенности.

Сложность клинической диагностики первого обострения заключается в том, что на долю язвенной болезни, как причины боли в верхнем этаже брюшной полости, приходится очень небольшое число случаев.

Желудочная секреция при различной локализации язвы меняется неодинаково. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки кислотопродукция непрерывная, при этом выделение соляной кислоты и ферментов как натошак, так и после приема пищи и стимуляции значительно выше нормы. Так, если у здорового человека в течение часа выделяется в среднем 1,4 мэкв соляной кислоты, а за 12 часов – 18–20 мэкв, то у больных язвой двенадцатиперстной кишки за 12 ночных часов выделяется 40–50 мэкв и более соляной кислоты.

В то же время при язвенной болезни желудка в большинстве наблюдений желудочная секреция понижена.

Рентгенологическое исследование. Это один из основных методов диагностики, хотя уровень ошибок составляет от 20 до 40 %. С помощью этого метода можно оценить состояние желудка, двигательную и эвакуаторную функции желудка, пищевода и двенадцатиперстной кишки. Рентгенологические признаки язвенной болезни делят на прямые и косвенные. Прямые – ниша, окружающий ее воспалительный вал, конвергенция складок слизистой оболочки. Ниша (с-м Каудека) представляет собой добавочную тень (плюс тень) выступающую за контур желудка. У ниши часто наблюдается сближение (конвергенция) складок. Вокруг язвы часто образуется кольцевидный валик, выступающий над уровнем слизистой оболочки. К прямым рентгенологическим симптомам относят рубцовую деформацию желудка и двенадцатиперстной кишки (уменьшение объема луковицы, дивертикулородные выпячивания, каскады, песочные часы). Косвенные признаки малозначимы – изменения тонуса, эвакуации. Преимущества этого метода определяются его дешевизной и отсутствием противопоказаний у тяжелых больных.

Эндоскопический метод является ведущим и наиболее информативным, особенно если он сопровождается проведением биопсии. Эндоскопическая картина зависит от локализации язвы, стадии заживления или обострения.

Методы диагностики *Helicobacter pylori*. Выделяют неэндоскопические и эндоскопические методы. К первым относят экспресс-тест на антитела к бактерии в сыворотке крови и в цельной крови, лабораторный ELISA-тест в сыворотке крови, дыхательный уреазный тест. Эндоскопические методы – быстрый уреазный тест, морфологическое и бактериологическое исследование.

Дифференциальная диагностика

Диагноз язвы двенадцатиперстной кишки при типичных клинических проявлениях не представляет трудностей – сезонная периодичность заболевания, суточный ритм боли, связанной с приемом пищи, характерны для данного заболевания. Однако следует иметь в виду, что болевой синдром, свойственный дуоденальной язве, может наблюдаться при локализации язвы в желудке, при хроническом гастрите, а также при развитии первично-язвенной формы рака желудка. Хронический гастрит не имеет патогномоничных признаков. Боль в эпигастральной области возникает непосредственно после приема пищи, продолжается около 1 часа. Отрыжка пустая или с запахом съеденной пищи, тошнота, эпизодическая рвота.

При раке желудка боль в эпигастральной области ноющего тупого характера, усиливается после приема грубой пищи, носит постоянный характер. Характерны диспептические явления: потеря аппетита, отрыжка, тошнота, рвота, слабость, похудание, быстрая утомляемость.

Клиническое течение язвенной болезни может напоминать желчно-каменную болезнь. Однако боли при печеночной колике возникают эпизодически после приема жирной пищи, боль не исчезает после рвоты, имеет типичную иррадиацию. Во время приступа больные беспокояны, ищут удобное положение. Спазмолитики снимают боль.

Сходство с язвенной болезнью может иметь хронический панкреатит. Однако при хроническом панкреатите боль нередко принимает опоясывающий характер, сопровождается неукротимой рвотой. Применение ультразвукового исследования поджелудочной железы и желчного пузыря дает информацию, используемую для проведения дифференциального диагноза.

Так же дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями коронарных артерий, вегетоневрозом, хронической дуоденальной непроходимостью, заболеваниями правой почки, аппендицитом.

Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Показания к оперативному лечению язвенной болезни должны быть исключительно медицинскими, а не социальными. В отличие от многих стран Западной Европы и США у населения России нет пока сложившейся традиции бережного отношения к своему здоровью и его сохранности. Поэтому, например, установленный некоторыми авторами 10 дневный срок стационарного лечения для больных неосложненной язвой в России мало-приемлем. Больных в этом случае выписывают на амбулаторное лечение с незарубцевавшейся язвой в расчете на то, что они будут соблюдать предписанную им диету, бросят курить и злоупотреблять спиртными напитками, приобретут за свой счет и будут регулярно принимать выписанные им лекарства. Но этого в большей части не происходит, так как у больных низкая готовность к лечению (Я. С. Циммерман). В связи с этим, возможно, у нас было бы оправданным «долечивание» больных язвенной болезнью после завершения 7-дневного курса антихеликобактерной терапии в виде 3-недельного приема антисекреторных препаратов, «отмененного» Мастрихтским консенсусом 2 – 2000.

Несмотря на большие различия между язвой двенадцатиперстной кишки и желудка, результаты консервативного лечения этих заболеваний очень близки. Лишь в отдельных работах приводятся данные, свидетельствующие о том, что

язва желудка хуже поддается консервативному лечению, чем язва двенадцатиперстной кишки. Меньше всего шансов излечить язву желудка терапевтическими методами у больных пожилого возраста при наличии большой язвы и очень низкой кислотности желудочного сока.

52 % больных, страдающих язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, излечиваются или почти излечиваются в результате консервативной терапии, а 48 % больных, несмотря на проводимое лечение, тяжело страдают, причем 1/3 из них нетрудоспособна, а 4 % – умирают от различных осложнений заболевания, не подвергаясь хирургическому лечению.

Показания к хирургическому лечению язвы двенадцатиперстной кишки и желудка подразделяются на абсолютные и относительные.

1. Абсолютными показаниями к экстренному хирургическому вмешательству являются: перфорация язвы, профузное язвенное кровотечение с явлениями геморрагического шока или не купирующееся консервативно (в. т. ч. с использованием доступного арсенала эндоскопических методик).

2. Абсолютными показаниями к срочному хирургическому вмешательству являются: декомпенсированный пилородуоденальный стеноз, высокий риск рецидива при остановившемся язвенном кровотечении или рецидивирующее кровотечение.

3. Абсолютными показаниями к плановому хирургическому вмешательству являются: субкомпенсированный пилородуоденальный стеноз, пенетрирующая язва, подтвержденное гистологически злокачественное перерождение язвы.

Относительные показания составляют:

1. неэффективность комплексного консервативного лечения на протяжении 2–3 лет, обусловленная чаще всего неграмотным проведением курса эрадикационной (*Helicobacter pylori* – Hp) терапии при Hp – ассоциированных формах язвенной болезни; длительным приемом (по разным причинам) нестероидных противовоспалительных средств; недисциплинированностью и нарушением больным «протокола лечения»; скрытым течением синдрома Золлингера – Эллисона;

2. наличие гастродуоденальных язв, рефрактерных к современной медикаментозной терапии, не рубцующихся в течение 12 недель и более непрерывного лечения;

3. компенсированный стеноз двенадцатиперстной кишки или выходного отдела желудка, кровотечение в анамнезе.

Следует при этом учитывать качество и продолжительность консервативного лечения. Такие больные за 2–3 года должны не менее 3–4 раз подвергаться квалифицированному лечению в условиях терапевтического отделения с обязательным проведением санаторного лечения. Другими словами, при решении вопроса о хирургическом лечении не осложненной, но неподдающейся консервативному лечению язвы двенадцатиперстной кишки или желудка необходимо в обязательном порядке учитывать качество проведенного лечения. При оценке показаний к хирургическому лечению язвенной болезни по относительным показаниям необходимо учитывать также вероятность развития у таких больных осложнений язвенной болезни.

Таким образом, наряду с существующим четким критерием показаний к хирургическому лечению больных язвой двенадцатиперстной кишки и желудка, во многих случаях этот сложный вопрос решается индивидуально.

Консервативное лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Принцип лекарственной терапии язвенной болезни должен состоять в обязательном использовании препаратов как с антикислотной, так и с антибактериальной активностью.

1. Антисекреторные препараты:

а. Антациды и адсорбенты (альмагель А)

б. Препараты с рецепторным путем коррекции нарушений секреции соляной кислоты (блокаторы Н–К–АТФазы – омепразол, пантопразол, парнет и др.; селективные М-холинолитики = гастроцепин; Блокаторны Н2 рецепторов = циметидин, ранитидин, фамотидин, квамател .

2. Репаранты:

а. Стимуляторы слизообразования (биогастрон, простагландины)

б. Препараты, способствующие образованию защитной пленки (де-нол, сукральфат)

3. Препараты, улучшающие трофику и регенерацию слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки:

а. Солкосерил, метилурацил, гастрофарм, витамины, ретаболил

4. Антибактериальные препараты:

а. Метронидазол, фуразолидон.

Современное лечение язвенной болезни предусматривает проведение 1–2 недельной эрадикационной терапии, по окончании которой продолжается прием антисекреторного препарата в полной суточной дозе:

– блокаторы Н–К–АТФазы – в утренние часы;

– блокаторы Н2 рецепторов гистамина в 19–20 часов;

– пилорид по 400 мг 2 раза в день до рубцевания язв и купирования активности гастрита и дуоденита. Средняя продолжительность лечения составляет 6–8 недель при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и 8–12 недель при язвенной болезни желудка.

Пример: однедельная четырехкомпонентная терапия;

– блокатор Н–К АТФазы (омепразол 20 мг 2 раза в день, или пантопразол 40 мг 2 раза в день, или лансопразол 30 мг 2 раза в день) или блокатор Н2 рецепторов гистамина (ранитидин 150–300 мг 2 раза в день или квамател 20–40 мг 2 раза в день);

– коллоидный субцитрат висмута (денол или вентрисол 120 мг 4 раза в день);

– тетрациклин по 500 мг 4 раза в день;

– клион или тинидазол по 500 мг 2 раза в день.

Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в большинстве случаев предполагает применение радикальных хирургических вмешательств.

Радикальными оперативными вмешательствами при язвенной болезни являются резекция желудка и ваготомия в сочетании с дренирующими желудок операциями или без них. Единственным условием, при котором можно рассчитывать на заживление язвы после хирургического вмешательства, является снижение кислой желудочной секреции до ахлоргидрии или близкого к ней состояния.

Наиболее распространенным и признанным хирургическим вмешательством, позволяющим резко снизить продукцию соляной кислоты, является резекция желудка. Несколько десятилетий назад эта операция производилась примерно в одинаковом объеме, как при язве желудка, так и при язве двенадцатиперстной кишки. Во всех случаях, как правило, удалялись дистальные 2/3 желудка. В последствии были установлены принципиальные различия в нарушении желудочной секреции при язве желудка и при язве двенадцатиперстной кишки. Оказалось, что при желудочной локализации язвы для достижения ахлоргидрии бывает достаточно удалить 1/2 желудка. При этом удаляется весь антральный отдел и часть секреторной зоны желудка и устраняется тем самым гуморальная фаза секреции, наиболее ответственная в патогенезе желудочной язвы.

При язве двенадцатиперстной кишки резекция желудка такого объема нередко оказывается недостаточной, так как остается очень большое секреторное поле, сохраняется продукция свободной соляной кислоты в мозговой фазе, регулируемой через центры блуждающих нервов, в результате чего развиваются пептические язвы тощей кишки и гастроэноаноаномозов. По этой причине при язве двенадцатиперстной кишки резекция желудка должна выполняться в объеме не менее 2/3 органа, при этих условиях устраняется гуморальная фаза желудочной секреции и удаляется большая часть кислотопродуцирующей зоны желудка, что в 95–97 % случаев позволяет добиться ахлоргидрии и заживления язвы.

В хирургической практике чаще всего применяются различные модификации резекции желудка по способу Бильрот-II (Гофмейстер–Финстерер, Бальфур, Ру) реже используется операция типа Бильрот-I (Ридигер, Хай, Габерер, Мирицци, Фихтенмахер). При первом варианте вмешательства формируется гастроэноаноаномоз на короткой петле или на длинной петле с дополнительным межкишечным соустьем по Брауну, в таких случаях пассаж пищи по двенадцатиперстной кишке исключается. При резекции желудка по Бильрот-I накладывается гастродуоденоаномоз, и тем самым сохраняется естественное прохождение пищи по двенадцатиперстной кишке.

Что касается отдаленных результатов резекции желудка по поводу язвенной болезни, то у абсолютного большинства больных (95–96 %) это вмешательство бывает эффективным в отношении устранения язвы, но у 4–5 % больных развивается пептическая язва тощей кишки в области гастроэнтероаномоза или рецидивирует язва в двенадцатиперстной кишке.

Естественно, возникает вопрос о поисках других, менее травматичных и, в то же время, в меньшей степени нарушающих физиологию пищеварения и обмена веществ, хирургических методов лечения язвенной болезни. В качестве такого метода лечения была предложена ваготомия.

Физиологической основой применения ваготомии в хирургической практике в качестве метода лечения язвенной болезни является то, что парасимпатическая денервация всего желудка или его кислотообразующей зоны резко угне-

тает выработку соляной кислоты и пепсина за счет устранения мозговой фазы желудочной секреции. У больных язвой двенадцатиперстной кишки желудочная секреция резко возрастает именно за счет мозговой фазы и, в меньшей степени, за счет гуморальной фазы. У больных язвой желудка соотношение активности фаз желудочной секреции иное – у них преобладает выработка желудочного сока во вторую фазу, что заставляет более осторожно относиться к применению ваготомии при язве желудка. Кроме того, язва желудка в 14–15 % случаев подвергается озлокачествлению, а диагностика перерождения язвы в рак не всегда бывает простой, и это последнее обстоятельство заставляет воздерживаться от так называемых органосохраняющих операций на желудке при язве этого органа. Таким образом, с физиологических и патоморфологических позиций ваготомия, безусловно, оправдана при язве двенадцатиперстной кишки. При язве желудка применение ваготомии пока остается спорным.

В тех случаях, когда парасимпатическая денервация желудка достигается путем пересечения главных стволов блуждающих нервов на уровне абдоминального отдела пищевода под диафрагмой (стволовая ваготомия), ваготомия должна обязательно сочетаться с дренирующей операцией на желудке в виде пилоропластики, гастродуодено- или гастроэноанастомоза. Необходимость такого сочетания хирургического вмешательства на блуждающих нервах в выходном отделе желудка вызвана тем, что блуждающий нерв для желудка является не только нервом секреторным, но и двигательным. Пересечение главных стволов блуждающих нервов очень часто приводит к спазму пилорического жома и нарушению моторно-эвакуаторной функции желудка, хроническому застою в желудке и развитию в нем так называемых ретенционных язв. Стволовая ваготомия в зависимости от доступа может быть трансторакальная (Dragstedt, 1943 г.) или трансабдоминальная – (наддиафрагмальная – Pieri 1927 г. или поддиафрагмальная – Exner 1911 г.). Обычно применяют поддиафрагмальную ваготомию абдоминальным доступом.

В настоящее время в хирургической практике для лечения язвы двенадцатиперстной кишки применяются стволовая и селективная ваготомия в сочетании с дренирующей желудок операцией, селективная проксимальная ваготомия без дренирующей операции и селективная проксимальная ваготомия, дополненная пилоропластикой или гастроэнтероанастомозом.

Существует несколько видов дренирующих операций на желудке: пилоропластика по Гейнеке-Микуличу, пилоропластика по Финнею, гастродуодено- и гастроэноанастомоз.

Очень важное значение в оценке каждого хирургического метода лечения имеет связанная с ним летальность. Так летальность после резекции желудка, проводимой по поводу язвенной болезни, составляет 4–5 %. В то же время авторы работ, посвященных ваготомии, указывают, что эта операция сопровождается летальностью, не превышающей 1 %.

При оценке эффективности ваготомии с пилоропластикой, как метода лечения язвы двенадцатиперстной кишки, выяснилось, что рецидив язвы составляет 5–10 %.

Результаты ваготомии с пилоропластикой в большей степени зависят от дооперационного уровня желудочной секреции, от возраста больных и от выбора дренирующей операции на желудке.

Что касается второго механизма возникновения рецидива язвы после ваготомии с пилоропластикой – недостаточного дренирования желудка, то здесь вопросы выбора дренирующей операции и методики её выполнения имеют решающее значение. Следует решительно возражать против шаблонного применения во всех случаях пилороластики по Гейнеке-Микуличу. У тех больных, у которых имеется значительное рубцовое сужение просвета двенадцатиперстной кишки (суб- и декомпенсированный стеноз), а также при наличии больших воспалительных инфильтратов в области двенадцатиперстной кишки и при низких залуковичных язвах необходимо сочетать ваготомию с пилоропластикой по Финнею, а в отдельных случаях – с гастродуодено- и гастроеюноанастомозом.

Некоторые хирурги решают проблему резкого сокращения частоты рецидива язвы после ваготомии за счет сочетания этой операции не с дренирующим вмешательством на желудке, а с экономной резекцией желудка в пределах 30 – 40 % органа (М. К. Кузин, П. И. Постолов и др.), именуемой антрумэктомией. При таком варианте ваготомии рецидив язвы действительно возникает очень редко (не более 2 %), однако операция в этом случае утрачивает преимущества органосохраняющего вмешательства и приобретает отдельные особенности как ваготомии, так и резекции желудка.

В настоящее время накопилось много научных данных, которые свидетельствуют о принципиальных патогенетических, патофизиологических и клинических различиях язвы двенадцатиперстной кишки и язвы желудка, различия между этими двумя заболеваниями заставляют по-разному подходить и к их хирургическому лечению. Если при язве желудка наиболее рациональным хирургическим методом лечения и поныне остается резекция желудка, то при язве двенадцатиперстной кишки физиологически более оправданной операцией следует признать ваготомию в виде самостоятельного вмешательства или в сочетании с дренирующими желудок операциями.

В то же время и резекция желудка, если оставаться на её позициях, должна выполняться по-разному у больных язвой желудка и у больных язвой двенадцатиперстной кишки. При язве двенадцатиперстной кишки более обоснованной является обширная резекция дистальных отделов желудка в пределах 2/3 или даже 3/4 органа о преимущественным соединением культи желудка с начальной петлей тощей кишки по II способу Бильрота. При язве желудка резекция этого органа должна быть более экономной, в пределах 1/2 органа, так как желудочная секреция у больных язвой желудка менее активная, чем при язве двенадцатиперстной кишки, и нарушается главным образом за счет гуморальной фазы. При этих условиях резекция половины желудка, как правило, приводит к стойкому резкому снижению секреции. Пептические язвы гастроэнтероанастомоза после резекции желудка по поводу язвы этого органа развиваются крайне редко, но зато меньшая по объему операция позволяет предотвратить развитие ряда патологических состояний, которые часто наблюдаются после обширных резекций желудка. При этом формирование прямого гастродуоденоанастомоза является более физиологичным и более выгодным, чем гастроэнтероанастомоз. В последние годы шире стала применяться резекция желудка с сохранением пилорического жома.

Тщательное изучение непосредственных и отдаленных результатов лечения язвы двенадцатиперстной кишки резекцией желудка и ваготомией свидетельствует об определенных преимуществах ваготомии и дает основание внед-

рять её в широкую хирургическую практику, особенно в urgentной хирургии при перфоративных язвах и язвах, осложненных кровотечением, когда ушивание или прошивание язвы дополняется ваготомией с дренирующей желудок операцией как патогенетический элемент вмешательства, существенно улучшающий отдаленные результаты.

Лапароскопические методы лечения

Резекция желудка

Операция выполняется в положении больного лежа на спине с разведенными ногами. Расположение операционной бригады: оперирующий хирург располагается между ног, а ассистенты – по сторонам от больного.

Введение троакаров (по Р. Goh) при лапароскопической резекции желудка производится в следующих точках:

1. Параумбиликальный – введение торцевой оптики;
2. По среднеключичной линии в правом подреберье;
3. По среднеключичной линии в левом подреберье;
4. По среднеключичной линии в правой подвздошной области;
5. По среднеключичной линии в левой подвздошной области.

Кроме этого, возможно введение дополнительного 6 троакара в субкисфидальной точке для введения ретрактора и трубки ирригатора/аспиратора.

Операция всегда начинается с осмотра брюшной полости, уточнения локализации и распространенности процесса. Затем выполняется мобилизация желудка.

После завершения мобилизации по большой кривизне область привратника поднимается атравматичным зажимом и на кишку под привратником в поперечном направлении накладывается сшивающий аппарат. Выполняется прошивание.

После пересечения кишки следует клипировать ткань малого сальника в области правой желудочной артерии, либо выделять и клипировать артерию из заднего доступа до пересечения кишки. В случаях, когда язва желудка пенетрирует в поджелудочную железу, дно язвы можно отсечь и оставить на железе. При резекции 2/3 желудка со стороны сальниковой сумки у стенки желудка делается отверстие в малом сальнике после чего левая желудочная артерия пересекается степлером и лигируется на уровне границы резекции по малой кривизне с последующим рассечением сальника дистальнее лигатуры.

Следующий этап – пересечение желудка. Данный этап можно выполнить в двух вариантах: 1 – чисто эндоскопическим способом; 2 – лапароскопически ассистированным способом.

Лапароскопическая ваготомия

Лапароскопические ваготомии проводятся в положении больных на спине с разведенными ногами и приподнятым головным концом стола. Оперирующий хирург располагается между ног пациента, ассистент – с правой стороны больного, камера-оператор находится слева.

Расположение троакаров при этом типе операций привязано к конкретным анатомическим точкам и должно обосновываться достаточно строго. Так, 10-мм. троакар для 30° оптики вводится на 5 см выше и левее пупка (в проекции второй сухожильной перемычки левой прямой мышцы живота). Как и при других типах «больших» вмешательств, лапароскопический доступ осуществляется

через 10-мм. троакары для того, чтобы иметь возможность вводить необходимые инструменты через любой из них. Манипуляционные троакары вводятся под мечевидным отростком, под левой реберной дугой по среднечлочичной линии, на 5–6 см выше и правее пупка, в мезогастрии по наружному краю левой прямой мышцы живота.

Экспертиза нетрудоспособности

После резекции желудка и ваготомии больной, как правило, находится в отделении до 14 суток при неосложненном течении послеоперационного периода. После эндовидеохирургических операций выписка может осуществляться, начиная с 7–9 суток. Выписывается под наблюдение хирурга поликлиники и находится на больничном листке до 105 суток.

Изучение трудоспособности больных, подвергшихся ваготомии с пилоропластикой по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, показало, что срок временной нетрудоспособности составляет в среднем 74 дня.

Литература

1. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / под ред. А. Е. Борисова. – СПб. : ЭФА, «Янус», 2002. – 416 с.
2. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: современные представления / Докл. на 2-й конф. по принятию консенсуса в Маастрихте 21–22 сент. 2000 г. // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2000. – № 6. – С. 7–9.
3. Клиническая хирургия (справочное руководство для врачей) / под ред. Ю. М. Панцырева. – М. : Медицина, 1988. – 636 с.
4. Курыгин А. А. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии / А. А. Курыгин, В. А. Румянцев. – СПб., 1997.
5. Панцырев Ю. М. Ваготомия при неосложненных гастродуоденальных язвах / Ю. М. Панцырев, А. А. Гринберг. – М., 1979.
6. Частная хирургия. Ч. I, II : учебник / под ред. Ю. Л. Шевченко. – М., 1999.
7. Циммерман Я. С. Дискуссионные вопросы медикаментозного и хирургического лечения язвенной болезни // Клиническая медицина. – 2002. – № 7. – С. 64–68.
8. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин ; под ред. М. И. Кузина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. – 640 с.

Лекция 8

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Осложнения язвенной болезни можно разделить на две группы:

- 1) возникающие внезапно и угрожающие непосредственно жизни больного (кровотечение, перфорация);
- 2) развивающиеся постепенно и имеющие хроническое течение (пенетрация, стенозирование привратника и двенадцатиперстной кишки, малигнизация).

Острые гастродуоденальные кровотечения

Введение

Острые желудочно-кишечные кровотечения до настоящего времени остаются сложной и во многом нерешенной медицинской проблемой. Летальность при них, несмотря на современные достижения хирургии, анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии и клинической эндоскопии, к сожалению, остается высокой, достигая при оперативном лечении 13 %. Особенно велика летальность среди лиц старше 60 лет (до 40 %). Кровотечение, как причина смерти при язвенной болезни находится на первом месте.

По данным литературы у 10–30 % больных течение язвенной болезни осложняется кровотечением. Язвенные кровотечения, как и сама язвенная болезнь, у мужчин встречается значительно чаще (80 %), чем у женщин (20 %).

Язвенное кровотечение может возникнуть как из хронической, много лет существующей язвы желудка, так и из остро развившейся язвы. Обильные, профузные кровотечения чаще возникают из каллезных, пенетрирующих язв по малой кривизне желудка, где расположены крупные ветви левой желудочной артерии либо из язв двенадцатиперстной кишки, расположенных на задней и медиальной стенках кишки.

Одна из главных причин высокой летальности при желудочно-кишечных – кровотечениях – поздняя госпитализация. Не менее важными причинами являются ошибки, допущенные при диагностике источника кровотечения, неадекватная инфузионно-трансфузионная программа, неправильно выбранный объем оперативного пособия, технические ошибки, допущенные во время хирургического вмешательства, недостатки послеоперационного периода, запоздалое и недостаточное энергичное лечение осложнений. Кроме того, сказывается увеличение числа больных пожилого и старческого возрастов, имеющих фоновые нарушения функций органов и систем в разной степени компенсации, у которых снижена устойчивость к острой кровопотере и операционной травме.

Клиническая эндоскопия желудочно-кишечного тракта достаточно широко вошла в хирургическую практику, однако и по сей день в литературе существуют различные толкования эндоскопических признаков устойчивости гемостаза, что также нередко приводит к неоправданной выжидательной тактике.

Наконец, в некоторых случаях вид хирургического вмешательства выбирается не в зависимости от причины и тяжести кровотечения, а в соответствии с личными привязанностями хирурга, которые нередко бывают основаны на небольшом числе наблюдений и не всегда являются оправданными в данной ситуации.

Все сказанное свидетельствует о том, что проблема лечения желудочно-кишечных кровотечений остается актуальной и требует всестороннего изучения как в теоретическом отношении, так и в практическом приложении.

Историческая справка

Первое сообщение о летальном исходе, причиной которого явилась кровоточащая язва желудка, принадлежит Литтре (1704). В 1829 г. Крювелье описал патологоанатомическую картину и симптомы язвы желудка. По его мнению, боль, рвота и кровотечение составляют главные признаки язвы желудка. Эти симптомы получили название триады Крювелье. В 1880 г. Eiselsberg впервые выполнил иссечение кровоточащей язвы желудка и ушивание образовавшегося отверстия. Несмотря на неблагоприятный исход эта операция явилась началом нового периода в лечении этой патологии.

В 1886 г. Hacker впервые выполнил успешное клиновидное иссечение кровоточащей язвы желудка и в дальнейшем рекомендовал эту операцию ослабленным больным.

Высокая летальность после резекции желудка и даже после более легких операций заставила Kronlein высказаться в 1906 г. о преимуществах выжидательной тактики на высоте кровотечения и рекомендовать операцию только после выведения больного из состояния анемии. В 1928 г. С. И. Спасокукоцкий доложил о семи случаях оперативного лечения острых язвенных кровотечений и четко выразил свои взгляды в пользу немедленной операции при профузном кровотечении. С. С. Юдин писал в 1930 г.: «При наличии достаточных данных, указывающих на язвенный характер острого кровотечения у лиц не слишком молодых и не очень старых лучше оперировать, чем выжидать. А если оперировать, то лучше всего сразу, то есть в первые сутки».

Многие годы резекция желудка считалась единственным радикальным оперативным вмешательством при язвенной болезни. В начале 60-х гг. в хирургическую практику внедряется органосохраняющая операция – ваготомия, которая в настоящее время признана радикальным вмешательством при язве двенадцатиперстной кишки и также выполняется при кровотечениях из хронической дуоденальной язвы и острых гастродуоденальных язв.

Классификация острых гастродуоденальных кровотечений

1. По этиологическим признакам:

1. Язвенные кровотечения при:

а) хронических язвах желудка и двенадцатиперстной кишки;

б) пептических язвах желудочно-кишечных анастомозов;

в) острых язвах:

– возникающих в результате токсического или лекарственного воздействия на слизистую оболочку желудка или двенадцатиперстной кишки;

– стрессовых гастродуоденальных язвах, возникающих после ожогов, обширных хирургических операций, остром периоде инфаркта миокарда и т. д.;

2. эндокринных язвах (синдром Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреоз)

3. Неязвенные кровотечения при:

а) варикозном расширении вен пищевода и желудка при портальной гипертензии;

б) эрозивном эзофагите;

- в) линейных разрывах слизистой оболочки кардиального отдела желудка (синдром Маллори-Вейсса);
- г) эрозивном геморрагическом гастрите;
- д) доброкачественных и злокачественных опухолях пищевода и желудка;
- е) дивертикулах пищевода и двенадцатиперстной кишки;
- ж) других редких заболеваниях (болезнь Крона, васкулиты, сифилис и туберкулез желудка);
- з) повреждениях слизистой оболочки пищевода и желудка инородным телом, в том числе при фиброгастроскопии;
- и) ложные кровотечения (срыгивания проглоченной крови из носоглотки, полости рта, трахеи).

II. По локализации источника кровотечения

пищеводные, желудочные, дуоденальные кровотечения

III. По клиническому течению:

профузные, торпидные, продолжающиеся, остановившиеся кровотечения

IV. По степени тяжести кровотечения

Легкое, средней степени тяжести, тяжелое

Частота основных причин гастродуоденальных кровотечений (100 %)

Хроническая язва двенадцатиперстной кишки	- 25 %
Хроническая язва желудка	- 15 %
Острые эрозии и язвы пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки	- 34 %
Синдром Маллори-Вейсса	- 13 %
Рак желудка	- 6 %
Варикозное расширение вен пищевода	- 4 %
Пептические язвы ГЭА	- 0,5 %
Прочие	- 1,5 %
Источник не установлен	- 1 %

Клиника

Кровотечение при язвенной болезни возникает, как правило, неожиданно для больного, чаще в вечернее, даже ночное время или в утренние часы и проявляется кровавой рвотой (гемателизис) или обильным дегтеобразным зловонным стулом (меленой), иногда и то и другое бывает почти одновременно.

Кровавая рвота может быть алой или темной кровью, в некоторых случаях рвотные массы имеют вид кофейной гущи. Эти проявления сочетаются с ухудшением общего состояния, резкой слабостью, побледнением кожного покрова и видимых слизистых оболочек, появляются признаки кровопотери: головная боль, головокружение, “шум в голове”, “мелькание мушек перед глазами”, холодный липкий пот, учащение пульса, снижение артериального давления вплоть до потери сознания – развивается коллапс и картина геморрагического шока.

Однако тяжесть и массивность кровотечения не всегда соответствуют тяжести общего состояния больного. В ряде случаев при довольно значительной кровопотере общее состояние больного остается некоторое время относительно удовлетворительным и, наоборот, при умеренных кровотечениях резко ухудшается.

При физикальном обследовании больного обращают внимание на бледность кожного покрова и видимых слизистых оболочек. Живот больного может быть мягким и слабо болезненным при пальпации в эпигастральной области. Резкая болезненность в эпигастральной области определяется только при пенетрации язвы или ее прободении в сочетании с кровотечением.

Кровотечения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в периоды обострения возникают в 50 % случаев. Чаще это скрытые, скудные геморрагии, которые выявляются только при исследовании кала на скрытую кровь. Продолжительность скрытого периода геморрагии и темпы развития клинической картины зависят от характера источника кровотечения, скорости и степени кровопотери, возраста и исходного состояния больного, а также от ряда других факторов.

Обильные кровотечения из двенадцатиперстной кишки проявляются обильными симптомами кровопотери, черным дегтеобразным стулом, рвотой, имеющей вид кофейной гущи. При профузном кровотечении и массивном забросе в желудок крови из двенадцатиперстной кишки может возникнуть рвота неизменной кровью.

При осмотре больного можно отметить пониженное питание, астеническое телосложение. При пальпации отмечают болезненность в проекции двенадцатиперстной кишки, иногда – защитное напряжение мышц, что может быть объяснено наличием перидуоденита, пенетрации язвы.

Как и при желудочном кровотечении, боль в животе после кровотечения может стихнуть или заметно уменьшиться при сохранении пальпаторной болезненности. Кровопотеря при дуоденальных кровотечениях относительно чаще бывает тяжелой степени, что связано с особенностями анатомического расположения и обильным кровоснабжением двенадцатиперстной кишки. Особенно продолжительным и массивным бывает кровотечение из каллезных и пенетрирующих язв задней и медиальной стенок кишки. В связи с этим у больных с язвенным дуоденальным кровотечением чаще развивается коллаптоидное состояние, а при определении объема циркулирующей крови и ее компонентов обнаруживается выраженный дефицит этих показателей.

Гастродуоденальные кровотечения имеют разнообразную клиническую картину, зависящую не только от локализации язвенного дефекта, но и от темпа кровотечения и объема кровопотери, возраста больного и сопутствующих заболеваний.

Диагностика

В диагностике острых гастродуоденальных кровотечений перед врачом стоят следующие задачи:

- 1) установить факт кровотечения;
- 2) выявить характер и локализацию источника кровотечения;
- 3) выяснить, продолжается кровотечение или оно остановилось;
- 4) в случае остановившегося кровотечения оценить степень устойчивости гемостаза.
- 5) определить величину кровопотери;
- 6) оценить тяжесть сопутствующих заболеваний.

В основе диагностики любого патологического процесса лежит клиническая картина заболевания. По мере возрастания технического оснащения неза-

служенно забываются традиционные приемы обследования больного, в частности тщательное выяснение анамнеза. Так, голодные, ночные и сезонные боли в подложечной области почти всегда свидетельствуют о язвенной болезни, и задачи инструментальных методов исследования состоят в топическом уточнении язвы и присутствия факта кровотечения. Наоборот, короткий анамнез, утрата аппетита, похудание, подавленное настроение и отсутствие четкой связи болей с приемом пищи заставляют думать о раке желудка.

Выделяют три степени кровотечения:

I степень – легкое кровотечение. Общее состояние сравнительно удовлетворительное, сознание сохранено. Наблюдаются однократная кровавая рвота, легкая бледность кожных покровов, частота пульса до 100 уд/мин, артериальное давление – в норме или снижено до 100 мм рт. ст. Гематокрит – 35 %, дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК) – до 20 % (от 500 до 1000 мл).

II степень – кровотечение средней тяжести. Отмечаются выраженная бледность кожных покровов, явления геморрагического коллапса с однократной потерей сознания, повторная кровавая рвота, жидкий дегтеобразный стул, пульс – больше 100 уд/мин, слабого наполнения, артериальное давление снижено до 90 мм рт. ст., гематокрит – 25–30 %, дефицит ОЦК – до 30 % (от 1000 до 1500 мл).

III степень – тяжелое кровотечение. Общее состояние тяжелое, определяются потеря сознания, обильная повторяющаяся кровавая рвота, кровавый стул, резкая слабость, выраженная бледность кожных покровов и слизистых оболочек, холодный пот, жажда. Пульс – 130–140 уд/мин, нитевидный, слабого наполнения или не пальпируется, артериальное давление ниже 70 мм рт. ст. Гематокрит – менее 35 %, дефицит ОЦК – 30–50 % (от 1500 до 2500 мл).

В первые сутки, даже после значительной кровопотери, концентрация гемоглобина крови и количество эритроцитов остаются достаточными, вследствие «сгущения крови». К концу первых суток начинается резкое их падение вследствие выхода в кровоток межтканевой жидкости, а также на фоне лечебного введения жидкости. Происходит снижение количества тромбоцитов, эритроцитов, гемоглобина, гематокрита.

Эндоскопическое исследование предполагает предварительную оценку источника кровотечения с двух позиций:

во-первых, выбор эффективного приема остановки кровотечения;

во-вторых, прогнозирование возможного рецидива кровотечения из конкретного источника геморрагии.

Имеется несколько подходов к оценке возможной вероятности повторного кровотечения.

Визуальный прогноз основывается на двух основных моментах:

1. Локализация язвенного дефекта. Расположение язвы в проекции «ахиллессовой пяты» желудка (опасной сосудистой зоне, т. е. в проекции перфорантных сосудов на передней и задней стенках в 2–4 см от малой и большой кривизны) является прогностически неблагоприятным признаком. Другой прогностически неблагоприятной локализацией язвенного кратера является задняя стенка луковицы 12-перстной кишки, особенно при больших размерах язвы. Эта ситуация неприятна тем, что зачастую невозможно вывести кровоточащий сосуд в поле зрения и, соответственно, выполнить адекватный эндоскопический гемостаз, а с другой стороны, интимно подлежащие ткани поджелудочной желе-

зы и короткие артерии, кровоснабжающие луковицу могут реагировать дополнительной аррозией.

2. Прямые эндоскопические признаки кровотечения, которые включают «висящий» на язве тромб или сгусток, видимый сосуд и геморрагическое пропитывание дна язвы, присутствие свежей или старой крови.

Эти признаки объединены в классификации **Савельева В. С.**

I – нет угрозы рецидива кровотечения

II – есть угроза рецидива кровотечения

II А – из одиночных источников

II Б – из нескольких источников

II В – из тромбированных сосудов

III продолжающееся кровотечение

III А – паренхиматозное из одиночных источников

III Б – паренхиматозное из нескольких источников

III В – артериальное

Эндоскопическая классификация Forrest. (Forrest classification)

(риск для кровоточащих язв)

1. активное кровотечение

– F1a струйное, пульсирующее, артериальное кровотечение (*active bleeding (spouting hemorrhage)*)

– F1b венозное, вялое, паренхиматозное кровотечение (*active bleeding (oozing hemorrhage)*)

2. состоявшееся кровотечение

– F 2a видимый тромбированный сосуд (*visible vessel-pigmented protuberance*)

– F 2b фиксированный тромб или сгусток (*adherent clot*)

– F 2c геморрагическое пропитывание дна язвы (*black base*)

3. состоявшееся кровотечение

– F3 чистое дно язвы, отсутствие прямых визуальных вышеперечисленных признаков (*no stigmata*)

Эндоскописты выделяют устойчивый и неустойчивый гемостаз:

1. Под устойчивым гемостазом подразумевают: отсутствие свежей крови в желудке и двенадцатиперстной кишке; наличие плотно фиксированного тромба белого цвета, отсутствие видимой пульсации сосудов в области источника кровотечения.

2. Под неустойчивым гемостазом понимают: в дне источника кровотечения тромбированные, пульсирующие сосуды, тромбы красного или коричневого цвета; рыхлый сгусток красного цвета, наличие старой или свежей крови в желудке или 12-перстной кишке.

Риск рецидива кровотечения резко возрастает в пожилом и старческом возрасте пациентов, при острой кровопотере средней и тяжелой степени; у лиц, перенесших глубокий коллапс.

При гастродуоденальных кровотечениях другие инструментальные методы диагностики используются редко. Как правило, к ним прибегают в случаях остановившегося кровотечения если его источник неясен или требуется углубленное обследование больного для выбора наиболее рационального метода лечения.

С помощью рентгенологического исследования можно обнаружить сколь-

знующую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, рак желудка, расширение желудка при стенозирующей дуоденальной язве, когда бывает невозможно провести эндоскоп в просвет двенадцатиперстной кишки. Этот метод исследования остается незаменимым в диагностике дивертикулов пищевода и желудочно-кишечного тракта.

В отдельных случаях только ангиография, компьютерная томография, ультразвуковая или радионуклидная диагностика позволяют установить редкую причину кровотечения, например, кисту поджелудочной железы, прорвавшуюся в желудок или подслизистые аневризмы двенадцатиперстной кишки. УСГ и лапароскопия дают возможность установить цирроз печени, как причину портальной гипертензии и кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

Консервативное лечение

Ведущим неоперативным методом остановки гастродуоденальных кровотечений является эндоскопический. *Современный принцип гласит:* каждое эндоскопическое исследование, осуществляемое по экстренным и срочным показаниям в диагностических целях, должно заканчиваться лечебным воздействием. По разным причинам около 2/3 больных с желудочно-кишечными кровотечениями в остром периоде лечатся неоперативными методами. Лечебное воздействие на источник геморрагии через фиброгастродуоденоскоп включает в себя:

1. диатермокоагуляцию;
2. орошение или обкалывание источника кровотечения гемостатическими препаратами;
3. инъекции масляных композиций;
4. аппликацию пленкообразующими полимерами;
5. склерозирование варикозно расширенных вен пищевода и др.

Однако способами выбора эндоскопического гемостаза считаются диатермокоагуляция и применение гемостатического препарата ферракрил или капрофер.

Таким образом, у 82 % больных с продолжающимся гастродуоденальным кровотечением различной этиологии может быть достигнут гемостаз с помощью эндоскопической диатермокоагуляции. Обращает на себя внимание высокая эффективность этого метода у больных с кровотечением на почве острых язв и синдрома Маллори-Вейсса, у которых хирургическое лечение обычно представляет большие трудности. Диатермокоагуляция неприменима при кровотечении из вен пищевода, распадающихся опухолей, каллезных язв, множественных острых язв и эрозивно-геморрагическом гастрите.

Из проблем, находящихся в стадии разработки, следует сказать о применении двухкомпонентных силиконовых композиций как интраоперационно, так и через эндоскоп у больных с каллезными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечением, у которых выполнение радикальной операции невозможно в связи с тяжестью кровопотери или общего соматического состояния. Новые диагностические возможности появились с использованием эндоскопической ультрасонографии, а лечебные – с применением клиппаторов для прицельного клиппирования сосуда в язве.

Несмотря на значительные и все возрастающие возможности лечебной эндоскопии, нельзя полностью отказываться и от традиционных способов гемостатической терапии. Такому лечению подлежат больные с острыми желудочно-кишечными кровотечениями на почве неизлечимых системных заболеваний и

злокачественных опухолей, больные с легкой степенью кровопотери и устойчивым гемостазом, больные, отказывающиеся от оперативного вмешательства и инструментальных способов остановки кровотечения, а также пациенты, у которых сопутствующие заболевания представляют угрозу для жизни больше, чем само желудочное кровотечение и сложные способы его остановки. Наконец, традиционные методы остановки кровотечения применяются вынужденно там, где нет возможности использовать какие-либо другие.

Схема такого лечения включает: строгий постельный режим, голод, «холод» на живот, инфузионную терапию, переливание крови, применение гемостатических препаратов. Эта схема нередко расширяется в зависимости от причин кровотечения. Так, например, при язвенном гастродуodenальном кровотечении для подавления желудочной секреции дополнительно применяются блокаторы H^2 – рецепторов гистамина внутривенно квамател (Геден-Рихтер. А. О.), ганглиоблокаторы и М-холинолитики (бензогексоний, атропин).

При кровотечении из варикозных вен пищевода широко применяется механический способ его остановки с помощью зонда Блэкмора, дополненный лечением печеночной недостаточности.

Локальная гипотермия включает употребление внутрь кусочков льда в сочетании с питьем через каждые 15–20 мин 1 % раствора эпселон – аминокaproновой кислоты в количестве 100–150 мл, 200 г. тромбина растворенного в стакане холодной воды, иногда с дополнительным введением в желудок ферракрила или раствора капрофера разведенного в 8 раз. Такой метод лечения наиболее целесообразен при геморрагическом гастрите, желудочно-кишечных кровотечениях на почве заболеваний крови, неоперабельного рака желудка и при кровотечениях неясной этиологии.

Инфузионно-трансфузионные и медикаментозные лечебные мероприятия при острых желудочно-кишечных кровотечениях подразделяют на неотложные (восстановление центральной гемодинамики, ликвидация острых нарушений свертываемости крови), срочные (восстановление микроциркуляции, диуреза и водно-солевого обмена, ликвидация гипоксии и анемии), отсроченные (устранение гипопротейнемии).

Выделяют четыре основных объекта воздействия при лечении больных с острым желудочно-кишечным кровотечением: 1) центральную гемодинамику; 2) микроциркуляцию, 3) трансапиллярный обмен и 4) дыхательную функцию крови.

В зависимости от гиповолемии и реакции организма на кровопотерю различают компенсированную и некомпенсированную степени ее. Основными механизмами компенсации кровопотери являются: повышение сосудистого тонуса, усиление сердечной деятельности и дыхания, поступление жидкостей из тканей. Из компенсаторных реакций на первое место по значимости следует поставить сосудистую, которая приводит к централизации кровообращения и перераспределению крови.

Гиповолемия до 25 % объема циркулирующей крови компенсируется здоровым организмом за счет механизмов саморегуляции.

Гиповолемия от 30 до 40 % объема циркулирующей крови приводит к тяжелым нарушениям кровообращения, которые можно устранить лишь при своевременном оказании помощи, включающей остановку кровотечения и интенсивную инфузионно-трансфузионную терапию.

При гиповолемии свыше 40 % объема циркулирующей крови развивается картина геморрагического шока.

Очень важная задача – восстановление центрального кровообращения. В первую очередь необходимо придать возвышенное положение конечностям, сосуды которых вмещают 15–20 % объема циркулирующей крови, пунктировать и катетеризировать подключичную вену или другие магистральные вены; струйно в одну или несколько вен вливать растворы Рингер-Локка (1 л), реополиглюкин (400 мл), глюкоза 10 % (400 мл) до повышения систолического артериального давления до 80–90 мм рт. ст. После этого следует перейти на инфузии и переливание донорской крови.

При тяжелой кровопотере объем инфузионной терапии должен превышать кровопотерю примерно в 2 раза, объем донорской крови при том должен составлять 50 % от общего объема инфузии.

Оценку эффективности инфузионно-трансфузионной терапии по показателям центральной гемодинамики необходимо осуществлять следующим образом: систолическое давление 100 мм рт. ст. указывает на удовлетворительный уровень центрального кровообращения; 80–100 мм рт. ст. – на опасное; ниже 80 мм рт. ст. – на угрожающее жизни, что требует немедленного вмешательства.

Повышение центрального венозного давления более 180 мм вод. ст. всегда свидетельствует о декомпенсации сердечной деятельности, при этом в/венные вливания должны быть прекращены. Норма центрального венозного давления – 50–120 мм вод. ст. При венозном давлении ниже 50 мм вод. ст. необходимо компенсировать гиповолемию.

Для ликвидации микроциркуляторных расстройств и спазма периферических сосудов следует вводить растворы, вязкость которых меньше, чем крови (низкомолекулярные коллоидные растворы типа реополиглюкина).

Необходимо помнить, что улучшить микроциркуляцию можно только одновременным восполнением объема циркулирующей крови, снятием спазма сосудов и ликвидацией сгущения крови. Диурез 80 мл/час указывает на восстановление микроциркуляции.

Переливание, эритромасты оправдано для ликвидации анемии при снижении гемоглобина ниже 90 г/л и при количестве эритроцитов меньше $3 \times 10^{12}/л$.

Одновременно с восполнением объема циркулирующей крови необходимо проводить лечебные мероприятия, улучшающие сократительную функцию миокарда. Наряду с вышеуказанными мероприятиями необходимо капельно вводить 1–2 мл 0,06 % коргликона, а также глюкозо-калиевую смесь; по показаниям – гидрокортизон до 500 мг, инсулин, дыхательные analeптики.

Изложенные основные положения проведения инфузионно-трансфузионной терапии можно резюмировать следующим образом.

1. Устранение гиповолемии и коррекция расстройств центральной гемодинамики осуществляются кристаллоидными и коллоидными растворами.

2. Нормализация микроциркуляции и транскапиллярного обмена достигается применением реологически и онкотически активных сред.

3. Дефицит кислородной емкости крови восполняется при кровопотере, превышающей 20 % объема циркулирующей крови, использованием дифференцированно крови, эритроцитарной массы, отмытых размороженных эритроцитов.

4. Общий объем инфузионной терапии при легкой кровопотере не превышает 1 литра, при средней – 1,5–3,0 л, а при тяжелой – 3,0–5,0 л.

5. Дефицит объема циркулирующей крови восполняется в течение 6 часов на 60–70 %, а к исходу первых суток полностью.

6. Суточная доза переливаемой крови не превышает 1,5 литра.

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

Хирургическое лечение

Показания к экстренной операции при гастродуоденальном кровотечении:

I. массивное струйное кровотечение при безуспешной остановке во время эндоскопического исследования;

II. рецидив кровотечения в стационаре;

III. угроза рецидива кровотечения при 2–3 степенях кровопотери.

Показания к срочной операции (24–48 часов):

I. видимый тромбированный сосуд;

II. фиксированный тромб или сгусток при кровопотере I степени;

III. угроза кровотечения из нескольких источников.

Показания к плановой операции (трое и более суток):

I. при кровопотере I степени;

II. четком гемостазе и поверхностной, небольших размеров, язве.

Учитывая возможность озлокачествления язвы желудка и большие трудности обнаружения малигнизации во время кровотечения, оптимальным хирургическим вмешательством при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки следует считать резекцию желудка.

У больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, допустимы паллиативные операции в виде иссечения или прошивания язвы. Перевязка магистральных артерий желудка на протяжении, в первую очередь левой желудочной, чаще всего успеха не приносит.

При локализации гигантской каллезной язвы на задней стенке желудка или в его суб- и кардиальном отделах, когда иссечение ее представляет значительные трудности, эффективно тампонирующее язвенного кратера гемостатической губкой «тахокомб», состоящей из коллагена на полимерной сетчатой основе.

При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки наименее травматичной и патогенетически обоснованной является стволовая ваготомия в сочетании с иссечением или прошиванием язвы и дренирующей операцией. Такое вмешательство особенно показано больным, находящимся в тяжелом состоянии. Более выгодной является пилоропластика по Финнею, обеспечивающая хороший доступ к язве и адекватное дренирование желудка.

При высокой кислотообразующей функции желудка, определяемой рН-метрией, целесообразно стволовую ваготомию сочетать с антрумэктомией, т. е. с дистальной резекцией 1/3 желудка. В таких случаях не исключается традиционная резекция желудка в больших пределах.

Хирургическое лечение пептических язв желудочно-кишечного соустья, развившихся после резекции желудка и осложненных кровотечением, определяется причиной образования пептической язвы. Чаще всего такие язвы образуются в результате недостаточной по объему резекции желудка. У этих больных, как и при пептических язвах, развившихся после гастроэюностомии, операция должна сводиться, как правило, к стволовой ваготомии. В том случае, если

вмешательство выполняется на высоте кровотечения, ваготомия дополняется гастротомией и прошиванием кровоточащего сосуда в язве. Если на момент операции кровотечение остановилось, то оперативное пособие ограничивается пересечением блуждающих нервов. Необходимость в дренирующей операции в таких случаях отпадает.

Хирургическое лечение рецидивных после ваготомии язв, осложненных кровотечением, чаще всего сводится к резекции желудка.

Хирургическое лечение кровотечений из острых язв сопряжено с большими трудностями, в особенности при обширном поражении слизистой оболочки желудка и массивном диффузном кровотечении. Характер и объем операции обычно определяются во время самого вмешательства и большинство хирургов начинают его с широкой гастротомии. В зависимости от распространенности процесса выполняют прошивание отдельных кровоточащих эрозий и язв, дополняя это вмешательство стволовой ваготомией с пилоропластикой. При обширном поражении желудка острым эрозивно-язвенным процессом производят резекцию или даже экстирпацию желудка.

Протокол организации лечебно-диагностических мероприятий при остром желудочно-кишечном кровотечении

Основными задачами лечебно-диагностического процесса при желудочно-кишечных кровотечениях являются:

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

Выполнение первых двух задач в объеме неотложного пособия является обязательным, а третья задача в условиях чрезвычайного хирургического риска может быть отложена на более поздний срок.

I. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе

Все больные с явными признаками желудочно-кишечного кровотечения или при обоснованном подозрении на таковое подлежат немедленному направлению в хирургические стационары крупных многопрофильных больниц города. Направление таких больных в ближайшие районные или городские больницы, в которых не обеспечена круглосуточно дежурная эндоскопическая служба и штатная служба (кабинет, отделение) переливания крови, может быть оправдано только крайней тяжестью состояния больных или другими исключительными обстоятельствами.

II. Протоколы первичной лечебно-диагностической помощи при поступлении в стационар

1. При первичном осмотре в приемном отделении основанием для диагноза желудочно-кишечного кровотечения являются известные явные или опосредованные его признаки. При отсутствии рвоты и стула с достоверной примесью свежей или измененной крови (в т. ч. и по сведениям, полученным от бригад скорой помощи) обязательно исследование пальцем содержимого прямой кишки. Важно отличить желудочные кровотечения от профузного легочного крово-

течения, которое проявляется не рвотой, а кашлем, хотя может сопровождаться заглатыванием и срыгиванием алой крови.

2. Все перемещения больного с желудочно-кишечным кровотечением внутри стационара, связанные с диагностическими или лечебными мероприятиями, осуществляются на каталке в положении лежа.

3. В зависимости от выраженности проявлений кровотечения и тяжести состояния все больные с желудочно-кишечным кровотечением по своему лечебно-диагностическому предназначению 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 они направляются прямо в операционную, где неотложные диагностические и лечебные мероприятия совмещаются 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. Они направляются в отделение интенсивной терапии где после постановки катетера в магистральную вену и начала интенсивной инфузионной терапии проводится комплексная диагностика основных нарушений соматического статуса, оценивается тяжесть кровопотери и составляется программа ее восполнения, ориентированная на реальные возможности обеспечения. Параллельно осуществляются диагностические мероприятия по распознаванию источника кровотечения, установлению факта его продолжения или остановки, а также лечебные мероприятия с целью 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 инструментальные исследования осуществляются в условиях приемного отделения, а характер дальнейших диагностических и лечебных мероприятий зависит от категории лечебного учреждения.

4. Для всех больных, поступивших в хирургический стационар с диагнозом желудочно-кишечного кровотечения или с обоснованным подозрением на этот диагноз, обязательным диагностическим мероприятием, определяющим лечебную тактику, является фиброэзофагогастродуоденоскопия. Исключение 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 вызов эндоскопической бригады.

III. Протоколы лабораторной диагностики

Обязательные: общий анализ крови, сахар крови, креатинин крови, общий белок и фракции, коагулограмма, гематокрит, группа крови, резус-фактор, RW,

анализ мочи общий, амилаза мочи. Дополнительные (по показаниям): билирубин крови, калий и натрий крови, АСТ, АЛТ, определение ОЦК.

IV. Протоколы инструментальной диагностики

ЭКГ, Rg – графия груди, по показаниям целесообразно выполнить УЗИ органов брюшной полости.

V. Протоколы диагностической эндоскопии.

1. Для диагностической эндоскопии используется эндоскоп с торцевой оптикой, позволяющий выполнять панэндоскопию верхних отделов пищеварительного тракта (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка).

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

При эндоскопии фиксируются следующие данные:

I. наличие крови в пищеводе, желудке, 12-ти перстной кишке;

II. ее количество и характер;

III. источник кровотечения (локализация, размеры);

IV. признаки кровотечения: артериальное кровотечение (пульсирующее), подтекание венозной крови, свежий сгусток, красный тромб, тромб в состоянии ретракции, тромбированный сосуд, гематома вокруг источника, имбибция гемосидерином.

3. При профузных кровотечениях целью диагностической эндоскопии является оценка уровня кровотечения в пищеводе, желудке, что влияет на выбор оперативного доступа. Для исключения пищеводного характера кровотечения необходимо поднять головной конец эндоскопического стола.

После установления источника кровотечения и его характера необходимо оценить возможность эндоскопической остановки.

VI. Протоколы лечебной эндоскопии

I. Лечебная эндоскопия при кровотечении применяется с целью:

а) окончательной остановки кровотечения;

б) временной остановки кровотечения;

в) воздействия на субстрат с остановившимся кровотечением для предупреждения рецидива в ближайшие часы.

2. При продолжающемся артериальном или венозном кровотечении из хронических или острых язв, синдроме Меллори-Вейса, используются: клипирование, электрокоагуляция, лазерная коагуляция, обкалывание сосудосуживающими или масляными препаратами.

3. При распознавании острых язвенных и эрозивных процессов используется обработка ферракрилом или капрофером.

VII. Протоколы оценки степени тяжести кровопотери

1. 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.

2. Лабораторные критерии тяжести кровопотери.

1 степень (легкая кровопотеря) – Нв – >100 г/л, гематокрит – >40 %: Эритроциты – $> 3,5 \times 10^{12}$ /л.

2 степень (средней степени) – Нв – 80–100 г/л; гематокрит – 30–40 %: Эритроциты – $3,5\text{--}2,0 \times 10^{12}$ /л.

3 степень (тяжелая) – Нв – <80 г/л; гематокрит – <30 %. Эритроциты – $<2,0 \times 10^{12}$ /л.

3. Клинические критерии тяжести кровопотери.

Примечание:

I. Зафиксированное коллаптоидное состояние на высоте геморрагической атаки всегда служит убедительным свидетельством тяжелой степени кровопотери.

II. Четвертая степень тяжести кровопотери (крайне тяжелая) не выделяется, поскольку по хирургической тактике она идентична третьей.

VIII. Протоколы оценки устойчивости гемостаза

1. Устойчивость гемостаза – понятие клинко-эндоскопическое. Заключение об устойчивости гемостаза, исходящее от врача – эндоскописта, без учета клинических данных неправомерно.

2. Клиническими признаками неустойчивого гемостаза являются:

I. зафиксированное коллаптоидное состояние во время геморрагической атаки;

II. наличие лабораторных признаков тяжелой кровопотери;

III. повторные (две или более) геморрагические атаки, зафиксированные на основании явных признаков кровотечения или (и) по развитию коллаптоидного состояния.

3. Эндоскопические признаки устойчивого и неустойчивого гемостаза – см. выше.

4. Наличие любого из клинических или эндоскопических признаков неустойчивого гемостаза, а также – их сочетание служит основанием для общего заключения о неустойчивости гемостаза.

IX. Протоколы дифференцированной лечебной тактики

1. Продолжающееся интенсивное кровотечение у больных с тяжелой степенью кровопотери служит основанием для направления больного в операционную непосредственно из приемного отделения, поскольку показания к экстренной операции в данном случае абсолютные. Забор крови для лабораторных исследований, аппаратные и другие виды диагностических мероприятий производятся параллельно с предоперационной подготовкой и введением наркозом.

2. Во время предоперационной подготовки или после вводного наркоза на операционном столе целесообразно выполнение фиброэзофагогастродуоденоскопии для уточнения локализации источника кровотечения (пищевод, желудок или 12-ти перстная кишка). При возможности осуществляется остановка продолжающегося кровотечения одним из доступных эндоскопических методов, которая всегда расценивается как временная. Она не заменяет операцию, а лишь позволяет избежать продолжения кровопотери до ее окончательной остановки хирургическими методами.

3. Тяжелая и средней тяжести кровопотеря из хронической (или неуточненной) язвы желудка или 12-ти перстной кишки с неустойчивым гемостазом служит основанием для проведения интенсивной терапии, направленной на

восполнение кровопотери и стабилизацию общесоматического статуса в течение суток с последующим срочным оперативным вмешательством. Выполнение срочных операций в сроки более двух суток после геморрагической атаки значительно увеличивают риск развития послеоперационных осложнений.

4. При тяжелой и средней степени тяжести кровопотере из хронических гастродуоденальных язв с состоявшимся (в т. ч. 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. У них продолжается интенсивная терапия функциональных нарушений в течение 10 суток в условиях ограничения двигательного режима, щадящей диеты, противоязвенного лечения и динамического наблюдения. В комплексной терапии целесообразно использование октреотида, сандостатина 100 мкг однократно и 25 мкг/час в течение 1–2 дней и кваматела 2 раза в сутки (Геден-Рихтер А. О.).

5. Тяжелая и средней тяжести кровопотеря при состоявшемся (в т. ч. и неустойчивом) гемостазе из острых гастродуоденальных язв, а также – при эрозивно-геморрагическом гастрите, гастродуодените, синдроме Меллори-Вейсса служит основанием для применения эндоскопических методов окончательной остановки кровотечения. В данном случае достаточно травматичная операция обычно не содержит в себе патогенетического компонента, и, следовательно, не имеет преимуществ перед эндоскопическими методами гемостаза. Риск рецидива кровотечения из вновь образующихся острых язв сохраняется в том и в другом случае. Эндоскопические методы гемостаза подкрепляются консервативной гемостатической и общесоматической терапией.

6. При кровопотере средней степени тяжести из доброкачественных или злокачественных опухолей желудка показано использование эндоскопических методов местного гемостаза на фоне общей гемостатической терапии, восполнения кровопотери и интенсивного наблюдения. Рецидив кровотечения при всех обстоятельствах, обозначенных в п. п. 3, 4, 5, служит показанием к проведению неотложного (по отношению к факту рецидива кровотечения) оперативного вмешательства с целью окончательного гемостаза.

7. При кровотечении легкой степени тяжести и устойчивом гемостазе независимо от этиологии кровотечения наблюдение с контролем устойчивости гемостаза, а также – консервативное лечение основного заболевания при установленном диагнозе проводится в условиях постельного режима и щадящей диеты в течение 10–14 суток в хирургическом стационаре.

8. Больным с пищеводно-желудочным кровотечением, обусловленным синдромом портальной гипертензии, в условиях отделения интенсивной терапии выполняется комплекс местных гемостатических мероприятий. Гемостатическая терапия начинается с внутривенного капельного введения (20 БД) питуитрина или вазопрессина в течение 15 минут с последующими инъекциями по 5 ЕД через 4–6 часов при суточной дозе до 30 ЕД. Данные препараты противопоказаны больным с ИБС. Целесообразно использование препарата октреотид в дозе 25 мкг/час путем непрерывной в/в инфузии в течение 5 дней.

В специализированных центрах выполняется эндоскопическое лигирование (клипирование) кровоточащих вариксов и склеротерапия варикозно расширенных вен пищевода с использованием этоксисклерола (0,5 – 1 % р-р по 2–3 мл

в один узел при общей дозе до 30 мл. Применение зонда Блекмора–Сенстаккена при его наличии. Неэффективность общих и местных гемостатических мероприятий определяет необходимость неотложного или срочного оперативного лечения. Одновременно с гемостатическими мероприятиями проводится упреждающая комплексная терапия печеночной недостаточности по индивидуальной программе. Абсолютным противопоказанием к операции служит развитие универсальной печеночной недостаточности с исходом в кому.

Х. Протоколы дифференцированной хирургической тактики при экстренных, неотложных или срочных оперативных вмешательствах

1. Экстренные операции выполняются у больных с продолжающимся интенсивным кровотечением, находящихся в состоянии декомпенсации или субкомпенсации основных жизненных функций, непосредственно после поступления с направлением больных в операционную из приемного отделения после первичной ориентировочной диагностики. Все диагностические и связанные со стабилизацией жизненных функций мероприятия выполняются входе краткой предоперационной подготовки и самой операции.

Неотложные операции выполняются у больных, находящихся в субкомпенсации или относительной компенсации с продолжающимся неостановленным интенсивным кровотечением или при рецидивах кровотечения в стационаре после его остановки. Неотложные операции выполняются в любое время суток после установления факта кровотечения в сроки до 2-х часов, необходимых для предоперационной подготовки больных и организации операции.

Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе после восполнения кровопотери и стабилизации жизненных функций в течение первых двух суток после поступления в дневное время.

2. Содержание и объем оперативных вмешательств определяются четырьмя главными обстоятельствами:

I. характером патологического процесса, обусловившего кровотечение;

II. функциональным состоянием больного;

III. квалификацией хирургической бригады;

IV. материальным обеспечением оперативного вмешательства.

С учетом этих обстоятельств принципиальные различия по объему между экстренными, неотложными и срочными операциями неправомерны: дифференцированный подход к выбору метода и объема операции необходим, но он определяется не сроками или временем суток, когда выполняется операция, а указанными выше обстоятельствами.

3. При кровотечениях из хронических или острых язв 12-ти перстной кишки, а также при эрозивно-геморрагическом гастрите у людей молодого и среднего возраста выполняется гастродуоденотомия с прошиванием язв и эрозий, являющихся источниками кровотечения. Операция завершается стволовой субдиафрагмальной ваготомией – по показаниям. Альтернативная операция – резекция желудка.

4. При тех же обстоятельствах у людей пожилого и старческого возраста, отягощенных сопутствующими заболеваниями, операция ограничивается гемостатическим пособием и выполнением одного из вариантов дренирующих желудок операций в соответствии. Целесообразность ваготомии сомнительна.

5. Резекция желудка при язвах 12-ти-перстной кишки и эрозивно-язвенном гастрите является патогенетически обоснованной, но большей по объему и более травматичной операцией. Ее выполнение у больных с острой кровопотерей требует соответствия условиям, обозначенным в п. 2.

6. При кровотечении из хронических или неустановленного характера язв желудка адекватным по объему вмешательством является резекция желудка с удалением язвы и гастринпродуцирующей зоны, однако решение о выполнении данной операции должно быть соотнесено с требованиями, обозначенными в п. 2. Сомнение в доброкачественном характере язвы служит показанием к выполнению резекции желудка по онкологическим принципам.

В случае невозможности обеспечить все условия для выполнения типичной резекции желудка производится сегментарная резекция с иссечением язвы или гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы и внеорганной перевязкой левой желудочной артерии, если язва расположена в пределах ее бассейна. При сомнении в доброкачественном характере язвы производится ее биопсия.

7. При синдроме Меллори-Вейсса производится гастротомия с прошиванием линейного разрыва слизистой кардиального отдела с добавлением антирефлюксной операции при необходимости.

8. Кровотечения, обусловленные деструкцией доброкачественных или злокачественных опухолей стенки желудка, служат показанием к резекции желудка в объеме, соответствующем характеру и локализации опухоли. В случае неоперабельности или нерезектабельности опухоли, а также при отсутствии условий для выполнения операции в адекватном объеме осуществляется перевязка внеорганных сосудов, кровоснабжающих область расположения геморрагического очага, дополняемая гастротомией и гемостатическим вмешательством непосредственно на источнике кровотечения.

9. При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и желудка применяется операция Таннера-Пациоры – гастротомия с прошиванием варикозно расширенных вен кардиального отдела желудка и пищевода.

Применяется также транссекция пищевода с одномоментным наложением аппаратного эзофаго-эзофаго или эзофаго-гастро анастомозов с использованием циркулярных сшивателей типа ПКС-25.

XI. Протоколы инфузионно-трансфузионной терапии.

I. время начала инфузионно-трансфузионной терапии – максимально рано от момента постановки диагноза;

II. по окончании выполнения инфузионно-трансфузионной терапии – обязателен контроль содержания эритроцитов и концентрации гемоглобина;

III. обязательна катетеризация центральной вены, периодический контроль ЦВД.

XII. Протоколы завершения лечебного цикла при неосложненном течении послеоперационного (постгеморрагического) периода.

I. Больные, перенесшие кровотечение из острых или хронических язв желудка и 12-ти перстной кишки, а также – из полипов или других доброкачественных источников, с кровопотерей тяжелой или средней степени тяжести, подвергшиеся радикальному хирургическому лечению (т. е. сочетающему гемостатический эффект и патогенетическое воздействие на основное заболевание) – выписка на 12–14 день после операции под наблюдение районного гастроэнте-

ролога с рекомендацией проведения реабилитационного курса санаторно-курортного лечения.

II. Больные, перенесшие кровотечение из тех же доброкачественных источников с кровопотерей тяжелой или средней степени тяжести, подвергшиеся паллиативному (т. е. только гемостатическому) хирургическому лечению. Контрольное эндоскопическое исследование перед выпиской через 12–14 дней для решения о показании к плановой радикальной операции в том же стационаре и о сроках госпитализации для операции.

3. Больные, перенесшие радикальные или паллиативные операции в связи с кровотечением из злокачественных источников (рак желудка, язва-рак, малигнизированный полип) выписываются на 12–14 день с направлением для наблюдения в онкологический диспансер.

4. Больные, перенесшие острое желудочно-кишечное кровотечение из любых источников с кровопотерей средней или легкой степени тяжести, остановившееся самостоятельно или остановленное эндоскопическими методами:

I. Контрольная эндоскопия на 12–14 день для решения вопроса о показаниях к радикальной операции в плановом порядке без выписки из стационара или о направлении под наблюдение в гастроэнтерологический или онкологический диспансер (в зависимости от диагноза).

5. Больные, перенесшие кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода при синдроме портальной гипертензии, выписываются на 12–14 день под наблюдение гастроэнтеролога или переводятся в терапевтический стационар для продолжения лечения по поводу постгеморрагической гепатоцеллюлярной дисфункции.

Литература

1. Горбашко А. И. Острые желудочно-кишечные кровотечения / А. И. Горбашко. – Л. : Медицина, 1974. – 240 с.
2. Климанский В. А. Трансфузионная терапия при хирургических заболеваниях / В. А. Климанский, Я. А. Рудаев. – М. : Медицина, 1984. – 255 с.
3. Клиническая хирургия (справочное руководство для врачей) / под ред. Ю. М. Панцырева. – М. : Медицина, 1988. – 636 с.
4. Курыгин А. А. Принципы лечения острых желудочно-кишечных кровотечений / А. А. Курыгин, В. Н. Баранчук. – СПб. : ВМедА, 1992. – 58 с.
5. Панцырев Ю. М. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта / Ю. М. Панцырев, Ю. И. Галлингер. – М. : Медицина, 1984. – 191 с.
6. Петров В. П. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта / В. П. Петров, И. А. Ерюхин, И. С. Шемякин. – М. : Медицина, 1987. – 256 с.
7. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях брюшной полости (материалы ассоциации хирургов Санкт-Петербурга). – СПб., 2001. – 33с.
8. Савельев В. С. Руководство по клинической эндоскопии / В. С. Савельев [и др.]. – М. : Медицина, 1985. – 543 с.
9. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В. С. Савельева. – М. : Медицина, 1976. – 608 с.
10. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин ; под ред. М. И. Кузина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2002. – 784 с. (в б-ке мед. ун-та уч. аб. уч. к. № 3483, 83470ф.).

Перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки

Введение

Среди больных с перфоративной язвой желудка преобладают мужчины – 88,4–96,0 % (И. И. Неймарк, С. С. Юдин, А. А. Курыгин, В. Н. Сацукевич). В периоды социальных потрясений (войн, катастроф и т. д.) отмечается увеличение частоты перфораций гастродуоденальных язв, что свидетельствует о большом значении психоэмоционального фактора в генезе перфораций язв.

Данные о соотношении частоты перфораций язвы 12-перстной кишки и желудка отличаются при анализе материалов, касающихся разных контингентов обследуемых.

Среди лиц молодого возраста (до 30 лет) преобладают перфорации язв двенадцатиперстной кишки (1:3–4). Среди больных зрелого возраста (30–50 лет) соотношение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки приблизительно одинаково (1:1). У людей старшей возрастной группы превалируют перфорации язв желудка.

Неоднозначны данные о частоте перфорации и в зависимости от локализации в органе. Так, у больных язвой двенадцатиперстной кишки перфорируют преимущественно язвы передней и передне-боковой стенки луковицы. В то же время у больных язвой желудка чаще всего перфорацией осложняются язвы малой кривизны желудка, пилорические и препилорические язвы.

Отмечается определенная зависимость частоты перфораций от времени года, т. е. так же как при анализе данных о язвенной болезни в целом. Четко прослеживается фактор сезонности этого заболевания. Прободение язвы чаще наступает весной и осенью. Перфорация язвы может наступить в любое время суток, но чаще прободение отмечается в ближайшее время после приема пищи или натошак после длительного голодания.

Изучение язвы желудка и 12-перстной кишки и одного из осложнений этого заболевания – прободения началось с описания отдельных наблюдений. В начале XIX столетия появляются обобщающие работы к числу которых надо отнести работу Крювелле (1839), в которой он предложил рассматривать язву как особый вид страдания и назвал её «хроническим изъязвлением желудка».

В отечественной литературе о прободной язве желудка упоминает профессор Ф. Уден в своём трактате «Академические чтения о хронических болезнях» (1816). Первое сообщение о клиническом наблюдении больного с прободной язвой желудка в 1861 сделал В. Шеметов в монографии «Круглые язвы желудка».

Первая операция ушивания прободной язвы в России произведена 25 февраля 1897 года в Петербургской Петропавловской больнице (Р. Ванах).

К этому времени аналогичные наблюдения приводятся и другими врачами. 16 декабря 1855 г. Чистович демонстрировал Петербургскому обществу врачей препарат желудка с прободной язвой, обнаруженной у 36-летнего матроса.

Вклад в решение проблем, связанных с лечением больных перфоративной гастродуоденальной язвой, внесли несколько поколений врачей. Можно говорить о существенном вкладе в решение этой проблемы следующих ученых (С. П. Федоров, В. И. Добротворский, В. А. Оппель, Ю. Ю. Джанелидзе, В. Н. Шамов, В. М. Ситенко, А. А. Курыгин, А. И. Нечай, М. И. Лыткин, И. А. Ерюхин, В. Н. Сацукевич, С. И. Перегудов и др.).

Классификация

- I. *По этиологии* – язвенные и гормональные;
- II. *По локализации* – язва желудка (малой кривизны, передней стенки, задней стенки); язва двенадцатиперстной кишки (передней стенки и задней стенки).
- III. *По течению* – прободение в свободную брюшную полость, прикрытое и атипичное.

Клиника

Следует отметить, что клиническая картина прободных гастродуоденальных язв неоднозначна в разных периодах заболевания. В клиническом течении перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки выделяют четыре периода:

- I. предперфоративный период;
- II. период болевого шока;
- III. период мнимого благополучия;
- IV. период перитонита.

Предперфоративный период характеризуется симптомами обострения язвенной болезни (появлением ночных, голодных болей, изжоги и т. д.).

В период болевого шока в результате перераздражения нервного аппарата брюшины излившимся желудочно-дуоденальным содержимым, больные отмечают интенсивные (кинжальные) боли в животе. При остром течении перфорации наблюдается классический симптомокомплекс: острые боли в эпигастральной области, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы пневмоперитонеума, быстро нарастающее ухудшение состояния больных.

Больной занимает вынужденное положение, лежит на боку или спине с подтянутыми ногами, как правило, неподвижный, бледный, покрыт холодным потом. Живот втянут, не участвует в дыхании, часто появляется поперечная кожная складка над пупком. При пальпации отмечается болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки, особенно резко выраженные в эпигастральной и правой подвздошной областях. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. При перкуссии вследствие развития пневмоперитонеума у значительной части больных (50–70 %) в области печени определяется участок ограниченного тимпанита или полное исчезновение печеночной тупости (Симптом Жобера).

Де Кервен описал появление тупого перкуторного звука в нижних и боковых отделах живота, чаще справа в связи с затеканием желудочного содержимого и перитонеальной экссудацией.

У части больных может отмечаться однократная рвота желудочным содержимым. Пульс в первые часы после прободения редкий (вагус-пульс), дыхание учащенное, поверхностное, живот в акте дыхания не принимает участия. Температура нормальная или несколько пониженная, в некоторых случаях субфебрильная. При позднем поступлении больных возможно повышение температуры до 38 °C и выше.

Продолжительность периода болевого шока в среднем 6–12 часов.

В период мнимого благополучия симптомы прободения полого органа, столь ярко выраженные в периоде болевого шока, сглаживаются. Больные отмечают улучшение самочувствия. Боли в животе постепенно уменьшаются, живот становится мягким и слабоболезненным.

Период мнимого благополучия продолжается 8–12 часов. В этот период

наиболее часто допускаются диагностические ошибки.

Последний период – перитонита. Он характеризуется, как правило, типичными для него клиническими проявлениями.

Атипичные формы перфораций наблюдаются при снижении реактивности организма и в случаях так называемых прикрытых перфораций.

При снижении реактивности организма у ослабленных больных и в старческом возрасте заболевание протекает без выраженной общей и местной реакции. Несмотря на перфорацию в свободную брюшную полость напряжение мышц, болезненность при пальпации и симптом Щеткина-Блюмберга выражены слабо.

В дальнейшем происходит постепенное нарастание явлений перитонита с развитием пареза кишечника и сердечно-сосудистой недостаточности.

Прикрытые перфорации возникают при спаянии язвы с соседними органами. Перфорация в этих случаях происходит в ограниченный участок брюшной полости.

При рыхлых фибринозных сращениях и слипании с прилегающими органами (печень, желчный пузырь, сальник, поперечно-ободочная кишка и др.) отграничение перфорации нестойкое и часто сопровождается повторным прорывом в свободную брюшную полость (двухмоментные перфорации) или образованием осумкованных абсцессов в брюшной полости. Особенно опасны в этом отношении перфорации язв малой кривизны желудка в толщу сальника, задней стенки желудка и кардиальных язв в полость малого сальника.

Клиническая картина характеризуется острыми локальными болями в эпигастральной области. Напряжение мышц ограничено в области локализации язвы, где определяются симптомы раздражения брюшины.

При дальнейшем течении отмечается постепенное улучшение состояния больного и уменьшение интенсивности болей. При пальпации локальная болезненность, небольшая ригидность мышц передней брюшной стенки в эпигастральной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Диагностика

При исследовании крови в первые часы после перфорации отмечается умеренный лейкоцитоз. В дальнейшем лейкоцитоз достигает 15 000–25000, происходит выраженный нейтрофильный сдвиг влево, СОЭ повышается до 20 мм и более в час.

При рентгенологическом исследовании брюшной полости симптом «спонтанного пневмоперитонеума» встречается у 75–80 % больных. Свободный газ в положении стоя может определяться под диафрагмой и мечевидным отростком, при положении больного на спине – под передней брюшной стенкой, на боку – между краем реберной дуги и печенью.

Диагностика перфораций гастродуоденальных язв в юношеском и молодом возрасте нередко представляет большие трудности. Перфорация может протекать атипично с высокой температурой, лейкоцитозом и повторными рвотами, напоминая острый холецистит или панкреатит.

Следует помнить, что при атипичном течении или прикрытой перфорации больные могут вести себя активно. Недоучет возможности прикрытой перфорации приводит к ошибкам диагностики.

Принято считать, что распознавание прободной язвы не представляет больших трудностей, особенно в первые часы заболевания. Однако у ряда боль-

ных, когда язвенный анамнез неясен или если клиническая картина этого заболевания проявляется атипично, диагностика прободной язвы очень трудна.

Острое начало заболевания и его тяжесть затрудняют сбор данных об истории заболевания. Проявление болевого синдрома не всегда типично, поэтому при отсутствии характерных болей нельзя исключить прободную язву. Рвота и тошнота – редкие признаки прободной язвы, но для диагностики важно уточнить сроки их возникновения, количество и характер рвотных масс, наличие примеси крови и желчи.

Для правильной ориентировки при диагностике перфоративных гастродуоденальных язв следует выяснять условия быта, труда, питания и перенесенные заболевания. Особенно важно уточнить наличие язвенного анамнеза.

Язвенный анамнез – важный признак прободной язвы. У некоторых больных он может отсутствовать. Перфорация у них наступает в состоянии кажущегося полного здоровья. Диагностика «немой» язвы затруднительна, так как приходится руководствоваться исключительно объективными данными. Такие же затруднения могут быть при постановке диагноза перфорации «свежих» или стрессовых язв.

Из анамнестических сведений весьма ценно указание ряда больных на наличие продромальных симптомов перфорации, выражающихся в усилении болей в животе, ознобе, субфебрильной температуре, тошноте, рвоте и др.

«При наличии кинжальной боли в верхней части живота, напряжении мышц брюшной стенки, наличии язвенного анамнеза – писал Мондор, – врач может поставить диагноз высокой перфорации пищеварительного тракта и рекомендовать проведение срочного хирургического вмешательства».

Классическая картина перфорации с выраженным болевым приступом и симптомами пневмоперитонеума обычно не представляют трудностей для диагностики. Затруднения возникают при атипично протекающих и прикрытых перфорациях.

Дифференциальная диагностика

Перфорации гастродуоденальных язв главным образом приходится дифференцировать с острым аппендицитом, острым холециститом, острой кишечной непроходимостью, острым панкреатитом, инфарктом миокарда, нижнедолевой пневмонией и плевритом, почечной коликой, печеночной коликой, а у женщин – с прервавшейся трубной беременностью и разрывом яичника.

Острые заболевания органов брюшной полости легче дифференцируются в начальной стадии. В последующие часы, когда развивается перитонит, определить источник его нередко очень трудно.

Особые трудности вызывает дифференциальный диагноз прободной язвы от острого аппендицита. В первые часы заболевания нередко для острого аппендицита характерна локализация боли в подложечной области – эпигастральная фаза болей, имитирующая картину прободной язвы. С другой стороны, при прободной язве, по мере распространения желудочного содержимого по правому боковому каналу, возникают боли и напряжение брюшной стенки в правой половине живота, что дает основание заподозрить острый аппендицит. Однако при перфоративной язве вследствие поступления желудочного содержимого в брюшную полость возникает бурная реакция всей брюшины. Сразу появляются признаки перитонита, в то время как при остром аппендиците сначала преобладают признаки местного раздражения брюшины. Дальнейшее распространение

процесса при остром аппендиците идет таким образом, что воспалением вовлекаются все новые и новые участки брюшины, прилегающие к пораженному органу. Наоборот, при прободной язве первоначальные, резко выраженные явления с течением времени как бы стихают. Экссудат скапливается в определенных местах и каналах, где и удается обнаружить наиболее резко выраженные изменения брюшины.

Острый холецистит, как правило, нетрудно отличить от прободной язвы. При холецистите боли очень интенсивные, но в отличие от прободной язвы они носят коликообразный характер, локализуются в правом подреберье и иррадируют в правую лопатку и правое плечо. Боли сопровождаются многократной рвотой желчью, тошнотой, чувством горечи во рту и высокой температурой. Иногда возникает озноб. У больных острым холециститом нередко наблюдается двигательное беспокойство, они мечутся, не находят себе места. При пальпации определяется напряжение мышц в правом подреберье, иногда увеличенный желчный пузырь. При прогрессировании воспаления постепенно развиваются признаки местного перитонита.

Острый панкреатит характеризуется резкими болями, локализующимися соответственно положению поджелудочной железы в поперечном направлении эпигастрия и иррадирующими в поясницу, иногда в левую половину живота. При остром панкреатите больной беспокоен, мечется из-за болей, рано наступает повторная рвота, не приносящая облегчения. При этом отсутствует «доскообразное» напряжение брюшной стенки. Симптомы Мейо-Робсона (иррадиация болей в область левого реберно-позвоночного угла) и В. М. Воскресенского (исчезновение пульсации брюшной аорты в надчреве из-за отека поджелудочной железы) положительные.

Кишечная непроходимость в противоположность прободной язве характеризуется схваткообразными болями, задержкой стула и газов, быстрым развитием метеоризма при отсутствии резкого напряжения брюшной стенки и локализованной болезненности в подложечной области. Часто наступает многократная рвота. При осмотре выявляются перистальтика кишок и асимметрия живота. При перкуссии нередко можно обнаружить скопление свободной жидкости в отлогих местах живота. У многих больных удается установить положительные симптомы Склярова, Валя, Шланге, Кивуля и др. При рентгенологическом исследовании определяются чаши Клойбера.

Перечисленные признаки, характерные для кишечной непроходимости, как правило, позволяют отличить её от прободной гастродуоденальной язвы.

В ряде случаев перфорацию язвы приходится дифференцировать с патологией органов расположенных вне брюшной полости (почечная колика, пневмония, инфаркт легкого и миокарда, перикардит и др.). Иногда ошибки диагностики служат поводом для ненужных лапаротомий.

Мондор делил источники диагностических ошибок при перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки на 4 группы: 1) ошибки, вследствие недостаточного исследования или неправильного толкования симптомов; 2) клинический синдром перфорации при отсутствии перфорации; 3) ошибки, вследствие «ложного затишья» в стадии «мнимого благополучия»; 4) клинический синдром перфорации при заболеваниях органов, расположенных вне брюшной полости.

Чтобы предупредить диагностические ошибки, надо тщательно обследовать больных, обращая внимание не только на состояние живота, но на органы груди и забрюшинное пространство.

Лечение

Лечение перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки должно быть только оперативное.

Предложенный в 1946 году шотландским врачом Тейлором метод консервативного лечения не может быть рекомендован как метод выбора лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Суть этого метода состоит в том, что в просвет желудка вводится зонд для постоянной аспирации желудочного содержимого, назначается антибактериальная терапия и большой переводится на парентеральное питание. Основная цель этого метода – добиться прикрытия перфорации. Следует отметить, что этот метод нашел достаточно широкое распространение в ряде клиник и госпиталей Западной Европы в конце 40-х и начале 50-х годов.

Этот метод может быть использован при подготовке больного к операции или во время транспортировки в лечебное учреждение.

Следует обратить внимание на необходимость соблюдения сроков оперативного вмешательства после перфорации. Наиболее благоприятные исходы наблюдаются при выполнении операции в первые 6 часов, в последующем число неблагоприятных исходов возрастает.

Если при выполнении оперативных вмешательств в первые часы после перфорации летальность не превышает 0,5–1 %, то при проведении операции позднее 24 часов смертность достигает 25–30 %.

Различают паллиативные операции (ушивание прободного отверстия с иссечением язвы или без иссечения) и радикальные (резекция желудка, ваготомия).

Наконец, может быть выделена группа «вынужденных» оперативных вмешательств (методика Неймана), когда выполняется только дренирование брюшной полости, подшивание желудка к передней брюшной стенке с целью создания наружного свища. Такие операции могут быть допустимы только при крайне тяжелом состоянии больного (при выполнении оперативного вмешательства в поздние сроки при наличии разлитого перитонита) или невозможности ушивания перфорации вследствие больших размеров язвы или по другим причинам.

Операцией выбора в значительной части лечебных учреждений является ушивание перфоративной язвы. Эта операция целесообразна при прободении острой язвы с мягкими краями у молодых лиц без язвенного анамнеза или с коротким язвенным анамнезом, при тяжелом состоянии больного, наличии тяжелых сопутствующих заболеваний, препятствующих проведению резекции желудка, в поздних сроках после перфорации (более 6 часов) при наличии перитонита и при отсутствии условий для выполнения резекции желудка (отсутствие квалифицированных хирургов, анестезиологов и т. д.).

Операция выполняется только под общим обезболиванием, способом выбора является эндотрахеальный наркоз. Доступ – верхне-срединная лапаротомия. Важным моментом операции является ревизия и осушивание брюшной полости, так как это мероприятие в значительной степени предотвращает осложнения и определяет исход оперативного вмешательства.

Рекомендуется несколько методов ушивания перфоративной язвы. Наиболее простым и удобным и чаще всего применяемым является наложение однорядного шва в поперечном направлении с последующим укреплением линии швов участком сальника. Наложение двухрядных швов при большом инфильтрате в области перфорации обычно не выполнимо и опасно последующим развитием стеноза пилородуоденальной зоны.

Описана и применяется методика тампонады перфорационного отверстия сальником на ножке (Поликарпова – Опеля) (рис. 15).

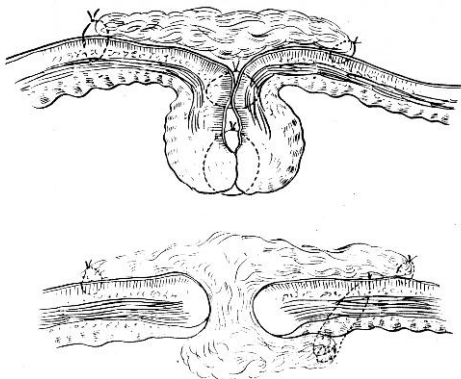


Рис. 15. Ушивание перфорации двухрядным швом в поперечном направлении (вверху) и способ Опеля-Поликарпова (внизу).

В последние годы при ушивании перфоративных гастродуоденальных язв стала применяться лапароскопическая техника. Помимо соблюдения строгих показаний необходимо полноценное материально-техническое обеспечение лапароскопическим оборудованием, высокие профессиональные навыки эндосурга, способность его к своевременному переходу на лапаротомию для выполнения операции традиционным способом.

Технические приемы ушивания перфоративных язв лапароскопическим методом аналогичны открытому способу оперирования.

Резекция желудка у больных перфоративными гастродуоденальными язвами показана при следующих условиях:

- наличие длительного язвенного анамнеза до перфорации (в особенности если заболевание в прошлом уже осложнялось кровотечением или перфорацией);

- сроки от перфорации до операции не превышают 6–8 часов;

- при удовлетворительном состоянии больного и при отсутствии сопутствующих заболеваний;

- при наличии подготовленных хирургов высокой квалификации и соответствующих условий (операционная, совершенная анестезия, инструментарий и т. д.).

При решении вопроса о резекции желудка указанные условия необходимо учитывать во всей совокупности.

Достаточно широкое применение получила операция иссечения прободной язвы с последующей пилоропластикой и ваготомией. Ваготомия приводит к резкому снижению желудочной секреции в базальной, условнорефлекторной и секреторных фазах, а пилоропластика сокращает пребывание пищи в желудке и обеспечивает снижение объема секреции и кислотности желудочного сока во вторую нейро-гуморальную фазу.

Любую операцию следует завершать постановкой двух зондов: один для питания – заводится через нос в двенадцатиперстную кишку за зону перфорации, другой в просвет желудка для активной декомпрессии.

Протокол организации лечебно-диагностической помощи при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки

1. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе

1. Основная задача – диагностировать перфорацию и в экстренном порядке госпитализировать больного. Основанием для диагноза перфоративной язвы при типичной клинической картине является:

I. острое начало «кинжальная боль»;

II. выраженные признаки раздражения брюшины в начальном периоде, вследствие воздействия агрессивных химических факторов;

III. исчезновение печеночной тупости;

IV. наличие язвенного анамнеза.

2. Перед транспортировкой вводят желудочный зонд и без промывания удаляют желудочное содержимое. При тяжелом состоянии во время транспортировки проводится инфузионная терапия. На догоспитальном этапе до установления диагноза апрещается введение обезболивающих препаратов.

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

4. В случае самовольного ухода больного из приемного отделения об этом сообщается на станцию скорой медицинской помощи, в поликлинику по месту жительства и делается активный вызов хирурга на дом.

II. Протоколы диагностики в хирургическом стационаре.

Фазы развития

I. «Абдоминальный шок» – до 6 часов после перфорации.

II. Мнимое благополучие – 6 – 12 часов.

III. Разлитой перитонит – после 12 часов.

Симптомы – кинжальная боль, напряжение мышц передней брюшной стенки, уменьшение или исчезновение кишечных шумов, резкая болезненность при пальпации. Степень выраженности симптоматики зависит от срока с момента перфорации (фазы развития).

I. Первая фаза. 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 болезненность при пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно отсутствует печеночная тупость, над печенью «тимпанит».

II. Вторая-третья фазы. С нарастанием интоксикации появляются: заостренные черты лица (лицо Гиппократ), сухой язык, тахикардия, вздутие живота, отсутствие перистальтических шумов. Болезненность при пальцевом исследовании прямой кишки. При прикрытой перфорации напряжение мышц уменьшается, сохраняется болезненность в правом подреберье.

Лабораторные исследования

1. Клинический анализ крови, группа крови и Rh- фактор, сахар крови, билирубин, коагулограмма, кровь на RW, клинический анализ мочи.

Инструментальные исследования

1. ЭКГ – необходимо выполнить всем пациентам старше 40 лет для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда.

2. Рентгенологическое исследование. Обзорная рентгенография брюшной полости стоя с захватом диафрагм и в латеропозиции с целью выявления свободного газа. Для диагностики прикрытой перфорации производят пневмогастрографию – по зонду из желудка удаляют содержимое, а затем в положении больного на левом боку в желудок вводится 500–700 мл воздуха. Подтверждением диагноза является обнаружение свободного газа в брюшной полости.

3. ФГДС позволяет уточнить локализацию язвы и выявить атипичные формы перфорации.

4. В неясных случаях показана диагностическая лапароскопия.

При установленном диагнозе больного сразу направляют в операционную.

Выявление прикрытой перфоративной язвы также является абсолютным показанием к оперативному лечению.

III. Протоколы предоперационной подготовки

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

2. Производится опорожнение мочевого пузыря и гигиеническая подготовка области оперативного вмешательства.

3. При тяжелом состоянии (в стадии разлитого перитонита) совместно с анестезиологом проводится интенсивная терапия в течение 1–2 часов и после этого – операция.

4. В предоперационном периоде целесообразно введение антибиотиков широкого спектра действия.

IV. Протоколы анестезиологического обеспечения операции

1. Операция выполняется только под общим обезболиванием, способом выбора является эндотрахеальный наркоз.

2. В исключительных случаях (технически не возможен наркоз) возможно выполнение операции под местной анестезией.

V. Протоколы дифференцированной хирургической тактики.

Консервативный способ лечения перфоративных язв применяется только при невозможности выполнить операцию (отказ больного, решение консилиума врачей, нет технической возможности). Может быть использован метод консервативного лечения по Тейлору: положение Фовлера, постоянная зондовая аспирация желудочного содержимого, дезинтоксикационная терапия, антибиотики, холод на живот.

Выбор метода операции. Вид и объем вмешательства определяется строго индивидуально в зависимости от времени, прошедшего с момента пер-

форации, 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). Главная цель операции – спасти жизнь больному. Поэтому большинству больных показано самое простое вмешательство: ревизия, обнаружение места перфорации, ушивание перфоративного отверстия. Учитываются не только показания к вмешательствам, но и возможности операционной бригады и анестезиологической службы.

Резекция желудка показана при пенетрирующих, стенозирующих и подозрительных на малигнизацию язвах желудка в первые 6 часов перфорации и при отсутствии перитонита, а также при соответствующем оснащении и квалификации оперирующей бригады.

При сочетании перфорации и кровотечения удаление или прошивание кровоточащей язвы обязательно.

При отсутствии показаний к радикальной операции или отсутствии условий для ее выполнения производится ушивание прободного отверстия.

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

Ушивание перфоративной язвы показано при наличии разлитого перитонита, сроке прободения более 6 часов, тяжелых сопутствующих заболеваниях.

I. Перфоративные язвы обычно ушиваются двухрядным швом в поперечном направлении, причем, первый ряд через все слои.

II. Язвы пилородуоденальной зоны предпочтительнее ушивать по Оппелю-Поликарпову или однорядным швом в поперечном направлении с аппликацией сальника. Это позволяет предупредить возможное развитие стеноза.

III. При прорезывании швов на инфильтрированных тканях язвы может быть использована (как крайняя мера) методика Неймана (гастро- или дуоденостомия на трубчатом дренаже).

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

V. При выборе способа операции следует учитывать, что юношеские язвы после их ушивания склонны к заживлению (80 %), а язвы желудка пожилых – к малигнизации. При язве желудка биопсия является обязательной.

Лапароскопия. Альтернативным методом может служить эндовидеохирургическое вмешательство. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы возможно только при соответствующем оснащении и квалификации хирургов. Выявление разлитого перитонита, инфильтрата или признаков внутрибрюшного абсцесса является абсолютным показанием для перехода на лапаротомию.

VI. Протоколы послеоперационного ведения больных при неосложненном течении.

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

2. Швы снимаются на 10 сутки, за день до выписки больных на лечение в поликлинике.

После эндовидеохирургических операций выписка может осуществляться начиная с 3–4 суток.

Литература

1. Видеозендоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / под ред. А. Е. Борисова. – СПб.: ЭФА, «Янус», 2002. – 416 с.
2. Клиническая хирургия (справочное руководство для врачей) / под ред. Ю. М. Панцырева. – М.: Медицина, 1988. – 640 с. (в б-ке мед. ун-та н. чз., 684680ф, уч. аб. уч. к. № 1726).
3. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях брюшной полости (материалы ассоциации хирургов Санкт-Петербурга). – СПб., 2001. – 33 с.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В. С. Савельева. – М.: Медицина, 1976. – 608 с.
5. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин ; под ред. М. И. Кузина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. – 784 с. (в б-ке мед. ун-та уч. аб. уч. к. № 3483, 83470ф.).

Пенетрация язвы желудка

Введение

Пенетрация – это распространение язвы за пределы стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани и органы. Данные, касающиеся частоты возникновения пенетрации, противоречивы. Это связано, во-первых, с тем, что это осложнение часто не распознается, а во-вторых, часто сочетается с другими осложнениями язвенной болезни.

Различают три стадии пенетрации:

- 1) стадию проникновения язвы (некроза) через все слои стенки желудка или двенадцатиперстной кишки;
- 2) стадию фиброзного сращения с прилежащим органом;
- 3) стадию завершённой перфорации и проникновения в ткань подлежащего органа.

Также различают ложную и истинную пенетрацию.

Язвы задней и боковой стенок луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарные язвы чаще пенетрируют в головку поджелудочной железы, в желчные пути, печень, печеночно-желудочную или дуоденальную связку, в толстую кишку и ее брыжейку, язвы желудка – в малый сальник и в тело поджелудочной железы.

Клиническая картина пенетрации зависит от глубины проникновения и органа, вовлеченного в процесс. Пенетрация, как правило, сопровождается развитием воспалительного процесса и образованием фиброзных спаек, иногда довольно обширных. Течение болезни становится тяжелым, клиническая картина – полиморфной, появляются симптомы, свойственные заболеваниям смеж-

ных органов, вовлеченных в пенетрацию (клиника панкреатита, холецистита, холангита, перигастрита, перидуоденита). При пенетрации в полый орган образуются патологические внутренние свищи с соответствующей клиникой.

Пенетрация чаще возникает у больных с длительным язвенным анамнезом и рецидивирующим течением. Пенетрация нередко сочетается другими осложнениями, одним из которых является перфорация.

Пенетрация – относительное показание к операции: оперируют в случае неэффективности консервативной терапии 2–3 года.

Стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки

Стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки – это осложнение язвенной болезни, наиболее часто возникающее при локализации язвы в привратнике и луковице двенадцатиперстной кишки. Частота развития – 10 %.

Нарушения проходимости пилорического канала или начальной части двенадцатиперстной кишки подразделяются на:

1) функциональные и органические;

2) компенсированные, субкомпенсированные, декомпенсированные (по степени выраженности стеноза);

Клиническая картина функционального сужения не отличается от таковой при органическом стенозе, но в отличие от последнего она исчезает по мере заживления язвы и исчезновения воспалительного отека. В фазе ремиссии может сохраниться незначительная рубцовая деформация без нарушений эвакуаторной функции желудка.

Органический пилоробульбарный стеноз сопровождается постоянным нарушением эвакуаторной деятельности желудка и двенадцатиперстной кишки.

При компенсированном пилородуоденальном стенозе отмечается умеренное сужение, однако вследствие гипертрофии мышц желудка и усиленной его моторной деятельности эвакуация пищи из желудка происходит в обычные сроки. Регургитации в пищевод не наблюдается. При этом общее состояние больного, как правило, не нарушается, отмечаются общие симптомы: чувство тяжести в эпигастральной области после еды, отрыжка кислым, рвота, приносящая облегчение. Эвакуация контраста 6–12 часов.

При субкомпенсированном стенозе преобладают интенсивные боли и чувство распирания после приема небольшого количества пищи, характерны отрыжка тухлым, обильная рвота, приносящая облегчение; рвотные массы нередко содержат пищу, съеденную накануне. При осмотре в этой стадии часто определяется симптом «шум плеска», выявленный натощак или через несколько часов после еды. Эвакуация через 24 часа.

При декомпенсированном пилородуоденальном стенозе желудок совершенно не освобождается от пищи. Рвота становится систематической, боль – постоянной. Тяжесть и распирание в подложечной области исчезают лишь после рвоты или промывания желудка. Общее состояние резко ухудшается, нарастают истощение и обезвоживание, появляются судороги и симптомы азотемии (слабость, головная боль, потеря аппетита, жажда, зловонный запах изо рта, олигурия, судороги и др.). Определяется постоянный «шум плеска» натощак, развивается гуморальный синдром: гипохлоремия, гиперазотемия, алкалоз; наблюдается сгущение крови. Эвакуации практически нет.

Стеноз суб- и декомпенсированный – абсолютное показание к плановой операции, компенсированный – только при отсутствии эффекта от лечения.

Малигнизация язвы желудка

Желудка – 10 %, ДПК – 0,3 %.

Существует мнение, что вероятность малигнизации язвы желудка зависит от ее локализации и размеров. С. С. Юдин (1955) считал, что язвы большой кривизны хотя и встречаются крайне редко, малигнизируются в 100 %, язвы нижней трети желудка – в 65 %, средней трети – в 25 % и малой кривизны – в 10 % случаев. В ряде работ подчеркивается, что при диаметре язвы более 2 см опасность ее перерождения в рак значительно повышается

В группу повышенного риска возникновения рака желудка входят пациенты с крупными хроническими язвами желудка на фоне атрофического гастрита.

Только эндоскопический метод позволяет выявить предраковые состояния желудка, обеспечить морфологическое исследование биопсийного материала и осуществить динамическое наблюдение за изменениями визуальной картины и своевременно диагностировать онкопроцесс. Однако у части больных с первично-язвенной формой рака желудка даже при использовании всего комплекса современных диагностических свойств не удастся доказать злокачественный характер язвы, в связи с чем диспансеризация больных с язвенной болезнью является обязательной с двукратным ежегодным эндоскопическим обследованием.

Малигнизация является абсолютным показанием к операции.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Введение

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – синдромная категория, объединяющая осложненное течение различных по этиологии заболеваний и патологических процессов, которые формируют морфологический субстрат ОКН.

ОКН – это синдром, развивающийся вследствие наличия механического препятствия для продвижения содержимого по кишечной трубке или вследствие имеющихся выраженных изменений в стенке кишки, которые приводят к нарушениям ее моторной функции. «Нет другой болезни (ОКН), при которой так опасно было бы дожидаться полной клинической картины и только тогда принимать решения. Кто так поступает, тот, несмотря на самые лучшие намерения, приносит жизнь больного в жертву диагноза» (Де Кервен).

Илеус (греч. – «Эйлес») — поворачивание, скручивание, заворот — впервые встречается в сочинениях Гиппократов. Первые попытки оперативного лечения ОКН относятся к XVII веку. Литературные источники по этой патологии встречаются уже в XVIII веке. Значительный вклад внес Н. И. Пирогов. Он впервые в России сделал операцию при механической кишечной непроходимости в 1849 году.

И хотя острая кишечная непроходимость встречается не часто, патология относится к наиболее тяжелой и процент летальности при ней по прежнему наиболее высокий.

Термин «илеус» объединяет многочисленные заболевания с различной этиологией и различным течением, а это в свою очередь создает свои трудности и в диагностике, и в лечебной тактике.

Кишечная непроходимость – заболевание, которое характеризуется частичным или полным нарушением прохождения содержимого по желудочно-кишечному тракту.

Остро развившаяся кишечная непроходимость относится к числу наиболее грозных патологических состояний в неотложной абдоминальной хирургии. И хотя эта патология встречается сравнительно не часто, составляя около 3,5 % от всей острой хирургической патологии органов брюшной полости и четвертое место по частоте встречаемости после острого аппендицита, острого холецистита и ущемленной грыжи, она дает наиболее высокий процент летальности (18–20 % В. П. Петров, И. А. Ерюхин, 1989 г.). Основными причинами высокой летальности являются пожилой возраст больных, поздние сроки госпитализации, несвоевременность диагностики и полноты лечения, т. е. неправильный выбор тактики лечения больных как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах.

Наиболее часто кишечная непроходимость встречается у лиц в возрасте 40–60 лет. У мужчин она бывает несколько чаще, чем у женщин. Число больных с ОКН увеличивается в летние и осенние месяцы, что во многом связано с нагрузкой кишечника в этот период года пищей, богатой клетчаткой.

ОКН относится к наиболее трудным для диагностики и лечения заболеваниям органов брюшной полости, как вследствие многообразия форм ее клини-

ческого проявления, так и разнообразия выбора способов хирургической тактики, обусловленных теми же причинами.

По данным многих авторов в последнее время отмечается заметное перераспределение ОКН по отдельным её формам. Так, существенно увеличилось число больных со спаечной (41,8 %) и обтурационной (32,4 %) кишечной непроходимостью, вызванной опухолевым процессом. При этом значительно уменьшилось число заворотов и узлообразований, но среди детей инвагинации попрежнему часты (А. В. Поляков, 1992 г.).

Все виды кишечной непроходимости подразделяются на следующие основные группы:

Классификация

Одним из наиболее важных этапов в создании современных классификаций явилось предложение Е. Wahl (1889) делить ОКН на две основные группы – странгуляционную (удавление, удушение) и обтурационную (закупорка) непроходимость.

По происхождению

- 1) Врождённая;
- 2) Приобретенная

К врождённой непроходимости кишечника относятся пороки его развития (атрезия тонкой и толстой кишки, атрезия заднепроходного отверстия). Все другие виды относятся к приобретенной непроходимости.

По течению

1. Острая кишечная непроходимость
2. Хроническая кишечная непроходимость

По механизму возникновения

1. Динамическая (функциональная) непроходимость:

А) Паралитическая

– паралич гладкой мускулатуры кишечной стенки, связанный с функциональным или органическим поражением нервной системы (травмы органов брюшной полости, забрюшинного пространства, перитонит, тромбоз мезентериальных сосудов, метаболические нарушения);

Б) Спастическая

– обусловленная заболеванием центральной нервной системы, инородными телами в просвете кишки, отравлениями (свинцовая колика).

2. Механическая непроходимость:

а) Странгуляционная. Странгуляционная непроходимость представляет особую опасность, т. к. при ней наряду с прекращением кишечного пассажа в первую очередь нарушается кровообращение в брыжеечных и внутритстеночных сосудах из-за их сдавления, что вызывает бурное развитие патологического процесса в кишке и ранних некротических изменений в ее стенке. Классическим примером такой формы острой кишечной непроходимостью являются заворот, узлообразование кишки и ущемленная грыжа.

б) Обтурационная. Ведущим фактором служит прекращение пассажа кишечного содержимого по кишечной трубке и при этом нарушается жизнеспособность участка кишки, расположенного выше препятствия по мере переполнения его содержимым. Обтурационная непроходимость чаще возникает вслед-

ствие опухоли, реже причиной её является глистная инвазия, инородное тело, каловые или желчные камни.

в) Смещенная. Смешанная форма ОКН включает в себя элементы странгуляционной и обтурационной кишечной непроходимости. К ней относят спаечную непроходимость и инвагинацию.

3. Сосудистая непроходимость:

- а) тромбоз брыжеечных вен;
- б) тромбоз и эмболия брыжеечной артерии.

По уровню непроходимости 1. Тонкокишечная непроходимость: а) Высокая. б) Низкая. 2. Толстокишечная непроходимость.

Одним из наиболее спорных в систематике ОКН является термин "частичная кишечная непроходимость", упомянутый впервые, вероятно, Ляйхтенштерном в 1878 г. Сторонники употребления понятия "*частичная кишечная непроходимость*" аргументируют свое мнение, проводя аналогии со стадиями стеноза выходного отдела желудка или желчных протоков. Это не вполне корректно, поскольку не учитывает патогенетических особенностей заболевания. Типичными примерами "частичной кишечной непроходимости" являются обтурационная форма рака ободочной кишки и некоторые варианты спаечной кишечной непроходимости. На деле чаще всего в этих случаях повторяются эпизоды острой обтурационной или спаечно-динамической кишечной непроходимости, купирующихся самостоятельно или под влиянием консервативной терапии. Не отрицая существования состояний, при которых имеются хронические нарушения пассажа кишечного содержимого в силу механических или функциональных причин, и, учитывая крайнюю опасность илеуса, термин "кишечная непроходимость", по-видимому, должен применяться только к острому заболеванию, имеющему собственные механизмы течения, не являющемуся обострением хронического процесса и не переходящему в хронический процесс.



Рис. 1. Узлообразование

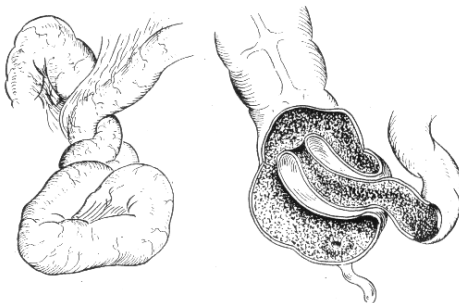


Рис. 2. Заворот и инвагинация

В 88 % наблюдений отмечается механическая непроходимость и у 12 % – динамическая.

Функция кишечника многообразна. Он обладает самостоятельной двигательной активностью, отчего петли кишки свободно перемещаются в брюшной полости, при этом постоянно меняется его наполнение в зависимости от характера и количества содержимого.

Непосредственной же причиной, вызывающей кишечную непроходимость, является резкое увеличение двигательной активности кишечника, вызванное каким-либо из перечисленных выше факторов, повышенная пищевая нагрузка, острый энтероколит или же внезапное повышение внутрибрюшного давления при физическом напряжении или натуживании.

В этиологии острой кишечной непроходимости выделяют две группы факторов: предрасполагающие и производящие.

Предрасполагающие факторы: врожденные и приобретенные анатомические изменения в брюшной полости, нарушение двигательной функции кишечника. К врожденным анатомо-морфологическим изменениям относятся различные пороки или аномалии развития кишки: длинная брыжейка слепой и подвздошной кишки, долихосигма, мальротация, дефекты в диафрагме и другие. Приобретенными патологическими изменениями являются спайки, рубцовые тяжи, воспалительные инфильтраты, гематомы, опухоли, инородные тела, желчные и каловые камни.

К производящим факторам относят внезапное повышение внутрибрюшного давления, переедание. Патогенетические нарушения при острой кишечной непроходимости вызываются чаще всего потерей большого количества жидкости, электролитов, белка, ферментов, расстройством кислотно-щелочного равновесия, интоксикацией и действием бактериальных факторов.

Выраженность этих нарушений зависит от вида и уровня непроходимости, а также от сроков, прошедших от начала заболевания

Патогенез ОКН

В течение суток у здорового человека в просвет жедудочно-кишечного тракта выделяется до 8–10 л пищеварительных соков, содержащих большое количество белков, ферментов и электролитов, но в нормальных условиях большая часть их реабсорбируется, чего не происходит при ОКН, так как нарушаются процессы всасывания.

В связи с этим происходит т. н. «секвестрация» жидкости в третье пространство и они выключаются из обменных процессов.

Изменения в самой стенке кишки, подвергшейся ишемии, уже через 2 часа становятся необратимыми. В начале ишемии отмечается отек, полнокровие слизистой и подслизистых слоев, резкое расширение капилляров и венул, а затем происходит агрегация форменных элементов крови. После чего возникает деструкция слизистой, а затем и других слоев кишечной стенки, нарушение её проницаемости для жидкости, кишечной флоры и токсинов. Если в этот момент не будет произведена декомпрессия – в стенке кишки развивается некробиотические изменения и может произойти некроз и перфорация, чаще всего по противоположному брыжейке краю кишки. Вследствие секвестрации жидкости и потери её с рвотой развивается тяжелая дегидратация, что в свою очередь при-

водит к гемодинамическим расстройствам, снижению артериального давления, уменьшению клубочковой фильтрации почек и снижению количества мочи. Потеря электролитов и особенно калия усиливает гипотонию, парез кишечника, нарушаются окислительные процессы, вследствие чего накапливаются недоокисленные продукты сгорания, нарастает ацидоз. Тяжелые электролитные и метаболические расстройства приводят к нарушению функции сердечно-сосудистой и центральной нервной системы: появляется аритмия, судороги, фибрилляция предсердий, кома и смерть больного.

Различия в расстройствах метаболизма при высокой и низкой непроходимости наблюдаемые в раннем периоде, стираются в более поздние сроки. При острой странгуляционной кишечной непроходимости возникают такие же метаболические нарушения, как и при obturационной, однако при странгуляционной – быстрее страдает кишечная стенка и раньше наступает нарушения её барьерной функции, некроз, перфорация и более раннее развитие перитонита. Естественно, что наибольшие изменения выражены в сегменте кишки, подвергшейся странгуляции, в местах странгуляционных борозд и в приводящей петле. В отводящих отделах кишки патологические изменения отмечаются в меньшей степени.

Изменения во внутренних органах при ОКН являются следствием тяжелых метаболических нарушений, экзогенной и эндогенной интоксикации, гипоксии тканей и перитонита.

Клиника

Ведущими симптомами ОКН являются схваткообразные боли и вздутие живота, рвота, задержка стула и газов, интоксикация.

Указанные симптомы наблюдаются при всех формах непроходимости, но степень их выраженности зависит от вида и характера непроходимости, уровня и сроков, прошедших с начала заболевания.

Боль – наиболее частый и постоянный симптом при острой кишечной непроходимости. Развитие ее связано с раздражением нервных волокон ущемленной части кишки или ее брыжейки, ишемией, перерастяжением кишечной стенки. Вовлечением в процесс висцеральной и париетальной брюшины. Боль, как правило, начинается внезапно. Часто без видимых причин, носит схваткообразный характер, когда периоды усиления её чередуются с периодами уменьшения или даже затишья, т. е. между периодами схваток они могут на короткое время полностью исчезнуть, что чаще отмечается при obturационной непроходимости. При странгуляционной непроходимости, когда странгуляции подвергается кишка вместе с брыжейкой и проходящими в ней сосудами и нервами боли бывают чрезвычайно интенсивными и вне периода схваток полностью не исчезают, а носят постоянный характер.

Внезапное начало болевого синдрома больше характерно для странгуляционной непроходимости, а медленное его нарастание, постепенно принимающее приступообразный характер более характерно для obturационной непроходимости.

Задержка стула и газов – важный, но не абсолютно достоверный симптом заболевания и чаще наблюдается при низком уровне obturации. В первые часы заболевания стул может быть, газы отходят, что объясняется либо неполным закрытием просвета кишки, либо опорожнением нижележащих её отделов, Од-

ним из ранних признаков ОКН является рвота. Первоначально она носит рефлекторный характер, в поздних же стадиях заболевания она является следствием интоксикации. Рвота приобретает каловый характер, что связано не с поступлением толстокишечного содержимого, а с миграцией микрофлоры из дистальных отделов кишечника в проксимальные. Рвота обычно не приносит облегчения особенно при высоких уровнях непроходимости. При низкой непроходимости рвота бывает редко и в раннем периоде может даже отсутствовать.

Общее состояние при ОКН у большинства больных тяжёлое. Температура тела в начале заболевания субфебрильная или нормальная и повышается при развитии перитонита. Пульс и артериальное давление колеблются, при этом тахикардия и гипотония являются признаками нарастающей интоксикации.

Язык сухой, покрыт жёлтым налётом. В терминальной стадии на языке появляются трещины слизистой, афты, что указывает на тяжёлую интоксикацию и обезвоживание.

Вздутие живота один из характерных признаков ОКН. При этом важна конфигурация живота, нередко наличие асимметрии, которая больше выражена при толстокишечной непроходимости. Так, при заворотах толстой кишки отмечается вздутие левой или правой половины живота, при этом живот принимает асимметричный вид. Лишь при высокой тонкокишечной непроходимости вздутие живота может отсутствовать, а при низкой тонкокишечной непроходимости как правило отмечается симметричное вздутие живота. При этом нередко видна перистальтика кишечника и на расстоянии слышны кишечные шумы.

При динамической паралитической непроходимости также отмечается равномерное вздутие живота, но перистальтика при этом обычно не выслушивается или очень вялая.

Перкуссия дает информацию о наличии газа и жидкости в кишечнике и в отлогих местах живота.

Брюшная стенка при поверхностной пальпации мягкая, умеренно болезненна или даже безболезненна. При глубокой пальпации выявляется более выраженная болезненность в области раздутых кишечных петель. В некоторых случаях, при асимметричном животе можно наблюдать видимую перистальтику, пропальпировать раздутую петлю кишки (симптом Валя), при перкуссии над которой слышен тимпанический звук с металлическим оттенком (симптом Кивуля). В поздние сроки заболевания при сильном растяжении кишечника определяется характерная ригидность брюшной стенки (симптом Мондора).

Шум плеска (симптом Склярова) вызывается резким толчкообразным движением руки исследующего на переднюю брюшную стенку. Этот симптом возникает при наличии в просвете кишки жидкости и газа, т. к. в норме в тонкой кишке газ отсутствует. Пальпация выявляет опухоли, инфильтраты брюшной полости, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Перистальтические шумы в первые часы заболевания усилены, нередко слышны на расстоянии, но особенно отчетливо выслушиваются при аускультации. Бурная перистальтика более характерна для обтурации кишки. При странгуляции усиление перистальтических шумов наблюдается только в начале заболевания. В дальнейшем вследствие некроза кишки и развития перитонита перистальтические шумы ослабевают и исчезают (симптом «гробовой тишины»), а при аускультации слышны дыхательные и сердечные шумы.

Важным для диагностики ОКН является пальцевое исследование прямой кишки. При этом нередко можно определить причину непроходимости: опухоль, каловый «завал», инородное тело, а при инвагинации – кровь или кровавистые выделения из прямой кишки. При заворотах сигмовидной кишки нередко наблюдается баллонообразное расширение ампулы прямой кишки и зияние заднепроходного отверстия вследствие ослабления тонуса сфинктера прямой кишки (симптом Обуховской больницы), у женщин обязательно производят вагинальное исследование.

Первой на патологический процесс в брюшной полости реагирует сердечно-сосудистая система. Так, тахикардия при этом значительно опережает температурную реакцию, что свидетельствует о глубоких расстройствах метаболизма и нарастающей интоксикации. Этими же причинами объясняется и развивающаяся дыхательная недостаточность, нервно-психические расстройства, проявляющиеся эйфорией, а в последующем апатией. Дегидратация проявляется снижением диуреза, сухостью кожных покровов и слизистых, жаждой, заострением черт лица. В поздних стадиях ОКН развивается печеночная недостаточность. В связи с дегидратацией и гемоконцентрацией при исследовании крови может выявляться увеличение количества эритроцитов,

Повышение уровня гемоглобина, высокие цифры гематокрита, а в связи с развитием воспалительных явлений – лейкоцитозом со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. В связи с тяжёлыми патологическими сдвигами отмечается уменьшение ОЦК, снижение уровня электролитов в крови и прежде всего калия, натрия, хлора, развивается гипопротенемия, билирубинемия, азотемия, анемия и ацидоз. По мере увеличения сроков заболевания указанные изменения нарастают.

В течение ОКН выделяют три периода

- начальный период – при котором преобладает болевой синдром и расстройства рефлекторного характера («илеусный крик» в течение 2–12 ч.);

- период компенсаторных попыток – при котором развиваются расстройства кровообращения в кишечнике, нарушение его моторики и водно-электролитные расстройства (период интоксикации и циркуляторных расстройств 12–36 часов).

- терминальный период – стадия декомпенсации и развития тяжелых осложнений и перитонита, при котором наблюдаются нарушения всех жизненно-важных функций организма (более 36 часов). В отличие от двух первых периодов развивающиеся изменения в этом периоде необратимы.

Особое значение при ОКН имеет рентгенологическое исследование, которое должно быть проведено даже при подозрении на эту патологию. Рентгеновское исследование при ОКН включает обзорную рентгеноскопию и рентгенографию органов грудной и брюшной полостей, а в диагностически неясных ситуациях и контрастном исследовании тонкой и толстой кишки (интестинография и ирригография). При рентгеноскопии грудной клетки обращается внимание на высоту стояния диафрагмы, её подвижность, наличие или отсутствие базального плеврита, наличие дисковидных ателектазов. Это – нередко косвенные признаки ОКН.

При обзорной рентгенографии брюшной полости выявляется пневматоз кишечника и степень перерастяжения его петель.

Наличие газа в тонкой кишке является важнымстораживающим признаком, поскольку в нормальных условиях газа в тонкой кишке нет. Скопление газа над уровнем жидкости (наличие т. н. «чаш Клойбера»), тонкокишечные арки с поперечной исчерченностью вызванные отёчными складками слизистой (симптом «скелета селёдки») свидетельствует о наличии ОКН. Сохранение указанной рентгенологической картины в динамике, а тем более усугубление её подтверждает диагноз. При этом, по размеру чаш Клойбера их форме и локализации часто можно судить об уровне непроходимости.

При тонкокишечной непроходимости чаши Клойбера небольших размеров, ширина горизонтального уровня жидкости больше, чем высота столба газа над ним. При этом петли кишок принимают форму «аркад». При толстокишечной непроходимости горизонтальные уровни жидкости расположены на периферии брюшной полости и в боковых отделах живота. Количество их меньше, чем при тонкокишечной непроходимости. Высота чаш Клойбера преобладает над шириной. При этом над уровнем газа видны полулунные складки слизистой толстой кишки («гаустры»). Уровни жидкости не имеют обычно ровной поверхности («зеркала»), что обусловлено наличием в толстой кишке плотных кусочков кала, плавающих на поверхности жидкого кишечного содержимого. При динамической непроходимости, в отличие от механической, горизонтальные уровни жидкости наблюдаются одновременно как в тонкой, так и в толстой кишке.

В неясных случаях применяют контрастное исследование тонкой и ободочной кишок.

При непроходимости тонкой кишки интестинография позволяет выявить расширение кишки над местом препятствия, длительный пассаж контрастного вещества по кишке (свыше 4 часов при пробе Напалкова) также свидетельствует о нарушении её проходимости.

При непроходимости толстой кишки ирригоскопия также позволяет установить уровень и причину непроходимости. На рентгенограммах можно обнаружить сужения и дефекты наполнения, обусловленные наличием опухоли в кишке, сужение дистального отдела сигмовидной кишки в виде «клюва» при её заворотах, дефект наполнения в виде «полулуния» и «двузубца» при илеоцекальной инвагинации.

В некоторых случаях с целью ранней диагностики непроходимости ободочной кишки и выяснения её причины применяют колоноскопию.

В настоящее время для диагностики ОКН применяется и УЗИ брюшной полости с помощью которого можно определить наличие жидкости как в свободной брюшной полости, так и в отдельной кишечной петле.

Практически важное значение имеет проведение дифференциального диагноза между механической и динамической непроходимостью. Точный диагноз в этих случаях очень важен, так как тактика и методы предоперационной подготовки и лечения этих двух видов непроходимости различны (таблица 1).

Таблица 1

<i>Динамическая ОКН</i>	<i>Механическая ОКН</i>
1. Вздутие всего кишечника. 2. Количество жидкого содержимого в кишках невелико-газ преобладает над жидкостью 3. В вертикальном положении видны.	1. Вздутие кишки выражено в меньшей степени и больше в месте препятствия. 2. Жидкость в петлях преобладает над газом. 3. Чаши четко контурируются и в больших

<p>Нечеткие чаши и их число невелико.</p> <p>4. Уровни жидкости в арках располагаются на одной высоте и перемещения жидкости в них нет.</p> <p>5. Большое скопление газа и жидкости в желудке в связи с его расширением.</p> <p>6. Латероскопически петли кишечника смещаются вверх.</p> <p>7. Диафрагма расположена высоко и малоподвижна.</p>	<p>количествах.</p> <p>4. Уровни в арках на разной высоте и жидкость в них может перемещаться из одного колена в другое.</p> <p>5. Желудок не содержит большого количества жидкости.</p> <p>6. Латероскопически петли смещаются вниз или фиксированы спайками.</p> <p>7. Обычное расположение диафрагмы.</p>
---	--

В отличие от механической при динамической непроходимости боли в животе носят, как правило, постоянный характер, схваткообразное их усиление или не выражено совсем или выражено слабо. При динамической паралитической непроходимости живот вздут равномерно, мягкий, перистальтика с самого начала ослаблена или отсутствует. При этом, как правило, имеются симптомы основного заболевания, вызывающего непроходимость. При спастической непроходимости боли носят схваткообразный характер, живот не вздут, нередко даже втянут. Ошибки в диагностике этих видов непроходимости часто связаны с отсутствием должного динамического наблюдения за больным с неясной клинической картиной заболевания. Здесь, кроме клиники, большое значение имеет повторное рентгенологическое исследование органов брюшной полости.

Нужно отметить, что клинические и биохимические лабораторные показатели мало помогают в диагностике ОКН. В большей степени они отражают лишь степень выраженности эндогенной интоксикации.

Лечение ОКН

Лечение ОКН является трудной задачей и оно должно быть патогенетическим и проводиться комплексно. Именно поэтому все больные с ОКН или даже с подозрением должны быть немедленно госпитализированы в хирургическое отделение, где уточняют или подтверждают диагноз, проводя дифференциальную диагностику с возможной другой острой патологией брюшной полости и прежде всего уточняется характер имеющейся непроходимости.

Лечение больных ОКН в дооперационном, операционном и послеоперационном периодах включает:

- 1) декомпрессию желудочно-кишечного тракта;
- 2) устранение непроходимости;
- 3) удаление токсического содержимого из кишечной трубки;
- 4) борьбу с перитонитом;
- 5) коррекцию метаболических и гемодинамических нарушений

Проводится также борьба с болью (введение анальгетиков, спазмолитиков), стимуляция деятельности кишечника, антикоагулянтная терапия. В некоторых случаях консервативная терапия может быть самостоятельным методом лечения, например, при динамической – паретической и спастической кишечной непроходимости и даже при некоторых видах механической – копростазе, например. При странгуляционной непроходимости, завороте или инвагинации консервативное лечение возможно лишь с целью предоперационной подготовки из-за опасности потери времени и угрозы нарушения жизнеспособности кишки. Консервативная терапия проводится также до установления окончательного диагноза. При этом нецелесообразно использование новокаиновых блокад,

анальгетиков, особенно — наркотических. Абсолютным противопоказанием к консервативному лечению являются признаки нарастающей интоксикации и перитонита. Основным методом лечения механических форм ОКН является хирургический.

Всем больным с ОКН, подлежащим оперативному лечению, проводится предоперационная подготовка, объём которой определяется сроками госпитализации, степенью интоксикации и тяжестью состояния больного. Она включает следующие мероприятия:

1. Постоянная аспирация желудочного содержимого;
2. Очистительная или сифонная клизма до определившегося эффекта;
3. Катетеризация мочевого пузыря с последующим контролем диуреза;
4. Интенсивную корригирующую инфузионную терапию;
5. Превентивную антибактериальную терапию (антибиотики широкого спектра действия);
6. Применение спазмолитиков;
7. Антикоагулянтную терапию.

Сроки предоперационной подготовки совпадают со сроками допустимой консервативной терапии и не должны превышать 1,5–2 часа. При отсутствии эффекта от проводимого лечения показана операция. Применяется общее обезболивание. При этом необходимо хорошо обтурировать просвет трахеи во избежание попадания туда желудочного содержимого и развитием тяжелого бронхоспазма (синдром Мендельсона).

Доступ должен быть достаточно свободным. Операция по поводу ОКН всегда выполняется под наркозом трехврачебной бригадой.

При выполнении операции должны быть решены следующие задачи:

1. Устранение причины кишечной непроходимости (рассечение спаек, удаление инородного тела, резекция кишки и т. п.);
2. Борьба с перитонитом (санация и дренирование брюшной полости, дренирование (интубация) тонкой кишки);
3. Проведение детоксикации (удаление содержимого тонкой кишки) – дренирование грудного лимфатического протока, энтеросорбция, лимфосорбция, плазмаферез, гемосорбция, перитонеальный диализ, блокада брыжейки тонкой кишки;
4. Профилактика сердечно-сосудистых, тромбоэмболических и лёгочных нарушений;
5. Борьба с печеночно-почечной недостаточностью.

Особое значение придаётся дренированию и декомпрессии тонкой кишки, при этом особенно эффективен метод назогастроинтестинальной интубации, но некоторые хирурги используют дренирование тонкой кишки по Дедереру, Житнюку, цекоэнтеростомию.

Показаниями к декомпрессии кишки являются:

1. Разлитой перитонит.
2. Наличие микроциркуляторных изменений в стенке кишки, но при сохранённой её жизнеспособности.
3. После резекции участка кишки в условиях пареза и перитонита.
4. При стойком послеоперационном парезе кишечника, не поддающемся корригирующей терапии.

Учитывая тяжелые нарушения метаболизма, выраженные изменения со стороны внутренних органов и нарушение их функции, нередко сочетающиеся с перитонитом – лечение должно быть комплексным. Необходимо проводить адекватную коррегирующую инфузионную терапию (внутривенное введение полиионных и плазмозамещающих растворов, введение 5 % раствора глюкозы, витаминов) с целью восполнения объема циркулирующей крови, водно-электролитных, коллоидно-осмотических и кислотно-щелочных нарушений, коррекция потерь белка путем введения белковых гидролизатов, растворов аминокислот. Тканевая гипоксия устраняется путем нормализации внешнего дыхания, коррекции гемодинамики введением сердечных и дыхательных средств и дыхательных analeптиков.

Могут быть использованы сорбционные методы детоксикации – гемо- и лимфосорбция, энтеросорбция.

Большое значение в послеоперационном периоде имеет восстановление двигательной функции кишечника. Для этого кроме дренирования и промывания кишечника применяют перидуральную анестезию, введение стимулирующих моторику кишечника препаратов (прозерин, убретид), электростимуляцию кишечника.

Антибактериальную терапию начинают до операции и продолжают в послеоперационном периоде путем внутримышечного, внутривенного и внутрибрюшного введения антибиотиков.

Интубированный кишечник регулярно промывается, проводится постоянная аспирация содержимого из желудка.

Проводится коррекция микроциркуляторных расстройств, иммунокоррекция. Обязателен контроль за диурезом.

Активация больного в постели, дыхательная гимнастика, массаж, ЛФК, уход за полостью рта, общегигиенические мероприятия также во многом способствуют реабилитации больных.

Профилактику тромбозомболических нарушений проводят назначением дезагрегантов, антикоагулянтов, активным ведением больных после операции.

Летальность после операций по поводу ОКН остаётся высокой (13–18 %).

Ранняя госпитализация и раннее хирургическое вмешательство во многом влияют на исход заболевания. Так, по данным многих хирургов, летальность среди больных с ОКН, оперированных в первые 6 часов составляет 3,5 %, а среди оперированных после 24 часов – 24,5 % и более (М. Кузин, 1986 г.).

Экспертиза нетрудоспособности

После операции по поводу ОКН больной, как правило, находится в отделении до 1012 суток при неосложненном течении послеоперационного периода. После эндовидеохирургических операций (рассечение спаек при спаечной непроходимости) выписка может осуществляться, начиная с 5–6 суток. Выписывается под наблюдение хирурга поликлиники и находится на больничном листе до 35–40 дней в зависимости от объема выполненной операции.

Наличие функционирующего искусственного кишечного или желудочного свища при отсутствии других осложнений допускает выписку больного на амбулаторное лечение с рекомендацией повторной госпитализации для ликвидации свища в случае, если не произойдет самостоятельного его закрытия.

Протокол организации лечебно-диагностической помощи при ОКН

При всех формах ОКН тяжесть расстройств имеет прямую зависимость от фактора времени, что определяет неотложный характер лечебно-диагностических мероприятий.

Диагноз или обоснованное предположение о наличии ОКН являются основанием для немедленного направления больного в хирургический стационар машиной скорой помощи в положении лежа на носилках.

I. Протоколы диагностических мероприятий в приемном отделении стационара

1. Главной задачей дифференциальной диагностики при наличии признаков ОКН является выделение больных со странгуляционными формами механической непроходимости, которым показано неотложное хирургическое лечение.

2. Целенаправленно обследуются места типичного расположения грыж брюшной стенки. Обязательным является пальцевое ректальное исследование.

3. Оценивается степень обезвоживания – тургор кожи, сухость языка, наличие жажды: фиксируется интенсивность рвоты, ее частота, объем и характер рвотных масс.

4. Производится термометрия, выполняется комплекс лабораторных и аппаратных исследований.

5. Лабораторные исследования;

Общий анализ крови, анализ мочи, сахар крови, группа крови, резус-фактор, RW, по показаниям коагулограмма, КЩС, АСТ, АЛТ, ЩФ.

6. Аппаратные исследования. Обзорная Rg – брюшной полости, Rg – груди, целесообразно выполнение УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ.

А. Если на данном этапе диагноз ОКН не удастся убедительно исключить, то все дальнейшие мероприятия, включая разрешение сомнений в наличии ОКН, должны решаться в условиях хирургического отделения и сочетаться с лечебными мероприятиями, которые могут служить предоперационной подготовкой.

II. Протоколы лечебно-диагностической тактики в хирургическом отделении

1. Установленный диагноз странгуляционной ОКН служит показанием к неотложной операции после краткой предоперационной подготовки в сроки не более 2 часов после поступления больного.

2. Обязательными компонентами предоперационной подготовки наряду с гигиенической подготовкой кожи в области операционного поля являются:

- опорожнение и декомпрессия верхних отделов желудочно-кишечного тракта через желудочный зонд, который сохраняется на период вводного наркоза в операционной для предотвращения регургитации;
- опорожнение мочевого пузыря;
- превентивное парентеральное введение антибиотиков за 30–40 минут до начала операции;

3. Наличие выраженных клинических признаков общего обезвоживания и эндотоксикоза служит показанием для интенсивной предоперационной подготовки с постановкой катетера в магистральную вену и проведением инфузион-

ной терапии. Антибиотики в этом случае вводятся за 30 минут до операции капельно внутривенно.

4. При сомнениях в диагностике ОКН а также если синдром ОКН развивается на фоне длительного существования спаечной болезни и предшествовавших по этому поводу неоднократных операций, показано сочетанное проведение:

- дифференциальной диагностики;
- консервативных лечебных мероприятий по устранению ОКН (до окончательного решения вопроса об операции);
- общесоматической инфузионной терапии, которая служит одновременно и подготовкой к возможной операции;

5. Консервативные мероприятия по устранению ОКН включают:

- двустороннюю сакроспинальную блокаду на уровне Th5 — Th7;
- постоянную декомпрессию верхних отделов пищеварительного тракта через назогастральный зонд;
- интенсивную инфузионную терапию с введением спазмолитических (а в случае паретической непроходимости – и стимулирующих кишечную моторику) препаратов.

6. Показаниями к проведению исследований с приемом контраста при непроходимости служат:

- спаечная ОКН у больных, неоднократно подвергшихся оперативным вмешательствам;
- любая форма тонкокишечной непроходимости, когда в результате активных консервативных мероприятий на ранних этапах процесса удается добиться видимого улучшения или стабилизации состояния больных с ОКН. В данном случае возникает необходимость объективного подтверждения правильности консервативной тактики. Основанием для прекращения серии Rg-грамм является фиксация поступления контраста в толстую кишку;
- диагностика ранней послеоперационной непроходимости у больных, перенесших резекцию желудка;

Отсутствие пилорического жома обуславливает беспрепятственное поступление контраста в тонкую кишку. В этом случае выявление феномена стоп-контраста в отводящей петле служит показанием к ранней релапаротомии.

7. При опухолевой толстокишечной непроходимости лечение начинается с консервативных мероприятий, цель которых – устранение острой непроходимости и создание условий для выполнения радикальной операции. При отсутствии эффекта выполняется срочная операция.

III. Протоколы хирургической тактики при ОКН

1. *Операция по поводу ОКН всегда выполняется под наркозом трехврачебной бригадой.*

2. На этапе лапаротомии, ревизии, идентификации патоморфологического субстрата непроходимости и определения плана операции обязательно участие в операции самого опытного хирурга дежурной бригады, как правило – ответственного дежурного хирурга.

3. При любой локализации непроходимости доступ – срединная лапаротомия, при необходимости – с иссечением рубцов и осторожным рассечением спаек при входе в брюшную полость.

4. Операции по поводу ОКН предусматривают последовательное решение следующих задач:

- установление причины и уровня непроходимости;
- устранение морфологического субстрата ОКН;
- определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции;
- установление границ резекции измененной кишки и ее выполнение;
- определение показаний к дренированию кишечной трубки и выбор метода дренирования;
- санация и дренирование брюшной полости при наличии перитонита.

5. Обнаружение зоны непроходимости непосредственно после лапаротомии не освобождает от необходимости систематической ревизии состояния тонкой кишки на всем ее протяжении а также – и толстой кишки. Ревизии предшествует обязательная инфильтрация корня брыжейки раствором местного анестетика. В случае выраженного переполнения кишечных петель содержимым перед ревизией производится декомпрессия кишки с помощью гастроеюнального зонда.

6. Устранение непроходимости представляет собой как правило, наиболее сложный компонент вмешательства. Оно осуществляется наименее травматичным способом с четким определением конкретных показаний к использованию различных методов: рассечения спаек; резекции измененной кишки; устранения заворотов, инвагинаций, узлообразований или резекции этих образований без предварительных манипуляций на измененной кишке.

7. При определении показаний к резекции кишки используются визуальные признаки (цвет, отечность стенки, субсерозные кровоизлияния, перистальтика, пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов), а также динамика этих признаков после введения в брыжейку кишки теплого раствора местного анестетика. При сомнениях в жизнеспособности кишки на большом ее протяжении допустимо отложить решение вопроса о резекции, используя запрограммированную релапаротомию через 12 часов или лапароскопию.

8. При решении вопроса о границах резекции следует пользоваться протоколами, сложившимися на основе клинического опыта: отступать от видимых границ нарушения кровоснабжения кишечной стенки в сторону приводящего отдела на 35–40 см, и в сторону отводящего отдела 20–25 см. Исключение составляют резекции вблизи связки Трейца или илеоцекального угла, где допускается ограничение указанных требований при благоприятных визуальных характеристиках кишки в зоне предполагаемого пересечения. При этом обязательно используются контрольные показатели: кровотечение из сосудов стенки при ее пересечении и состояния слизистой оболочки. Возможно, также, использование трансиллюминации или других объективных методов оценки кровоснабжения.

9. Показаниями к дренированию тонкой кишки служат:

- переполнение содержимым приводящих кишечных петель;
- наличие разлитого перитонита с мутным выпотом и наложениями фибрина;
- обширный спаечный процесс в брюшной полости.

10. При колоректальной опухолевой непроходимости и отсутствии признаков неоперабельности выполняются одноэтапные или двухэтапные операции

в зависимости от стадии опухолевого процесса и выраженности проявлений толстокишечной непроходимости.

Выполнение неотложной правосторонней гемиколэктомии в отсутствие перитонита допустимо завершать наложением первичного илео-транsverзоанастомоза. В случае непроходимости с левосторонним расположением очага обструкции выполняется резекция ободочной кишки с удалением опухоли, которая завершается по типу операции Гартмана. Первичный анастомоз целесообразно не накладывать.

11. Все операции на ободочной кишке завершаются девульсией наружно-го сфинктера заднего прохода.

12. Наличие разлитого перитонита требует дополнительной санации и дренирования брюшной полости в соответствии с принципами лечения острого перитонита.

IV. Протоколы ведения послеоперационного периода

1. Извлечение назогастроинтестинального дренирующего зонда осуществляется после восстановления устойчивой перистальтики на 3–4 сутки. Дренирующая трубка установленная в тонкую кишку через гастростому или ретроградно по Велчу-Житнюку, удаляется несколько позже – на 4–6 сутки. Энтеральное питание начинается после удаления кишечного зонда, а до этого реализуется программа парентерального питания. Зонд, введенный в кишку с каркасной целью, удаляется на 7–8 сутки.

2. Лабораторные исследования выполняются по показаниям и перед выпиской.

Литература

1. Клиническая хирургия (справочное руководство для врачей) / под ред. Ю. М. Панцырева. – М. : Медицина, 1988. – 636 с.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В. С. Савельева. – М. : Медицина, 1976. – 608 с.
3. Петров В. П. Кишечная непроходимость / В. П. Петров, И. А. Ерюхин. – М., 1989.
4. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях брюшной полости (материалы ассоциации хирургов Санкт-Петербурга). – СПб., 2001. – 33 с.
5. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин ; под ред. М. И. Кузина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. – 640 с.

Лекция 10

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Введение

Число больных острым панкреатитом из года в год неуклонно растет и по разным статистическим данным варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн населения. В начале XXI века острый панкреатит стал актуальнейшей проблемой абдоминальной хирургии. Необходимо отметить, что до 50 годов 20 столетия в отчетах по экстренной хирургии об остром панкреатите упоминается крайне редко. Среди всех больных у 10–15 % пациентов развитие острого панкреатита носит деструктивный характер. «Ранние токсемические» и «поздние септические» осложнения по-прежнему остаются основной причиной смерти у этой наиболее тяжелой категории больных в хирургических клиниках. Результаты лечения этой категории больных остаются неутешительными. Так, в России в 1995, 1996 и 1997 годах смертность от острого панкреатита составила, соответственно, 1,94, 1,98 и 2,08 на 1000 населения. При этом в 1996–1997 годах послеоперационная летальность при остром панкреатите без дифференциации его клинических форм достигла 23,6 %. Доля инфекционных осложнений среди причин смерти больных с деструктивным панкреатитом составляет 80 %. Среди причин высокой летальности одно из важных мест занимает поздняя диагностика разнообразных осложнений, неадекватный объем консервативной терапии и выбор хирургической тактики.

Несмотря на значительные достижения в изучении патофизиологии панкреонекроза, до недавнего времени в хирургических клиниках проблемным оставался вопрос единой трактовки различных этапов развития заболевания. Этот факт является причиной существующих разногласий, касающихся клинических форм острого панкреатита, что затрудняет выбор оптимальной лечебной тактики и оценку конечной эффективности различных методов комплексного лечения острого панкреатита.

На сегодняшний день общепризнанным является то факт, что для острого деструктивного панкреатита важна своевременная оценка вариантов патоморфологической трансформации зон некроза в поджелудочной железе и забрюшинном пространством. Кроме того, выбор лечебной тактики определяется выраженностью гемодинамических и полиорганных нарушений. В этой связи предложенная в Волгограде на 9 Всероссийском съезде хирургов классификация острого панкреатита предполагает не только стандартизировать имеющиеся данные, но и позволяет в рабочем порядке в ходе активного динамического наблюдения за больным острым панкреатитом, содружественно корректировать программу комплексных лечебных мероприятий в зависимости от эволюции заболевания.

Классификация

В основу предлагаемой классификации положено понимание стадийной трансформации зон некротической деструкции и развития осложнений в зависимости от масштаба и характера поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки под влиянием факторов эндогенного и экзогенного инфицирования.

Формы острого панкреатита

I. Отечный (интерстициальный) панкреатит.

II. Панкреонекроз стерильный:

– по характеру некротического поражения: жировой, геморрагический, смешанный;

– по масштабу поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотально-тотальный.

Осложнения острого панкреатита

I. Перипанкреатический инфильтрат

II. Инфицированный панкреонекроз

III. Панкреатогенный абсцесс

IV. Псевдокиста; стерильная, инфицированная

V. Перитонит: ферментативный (абактериальный), бактериальный

VI. Септическая флегмона забрюшинной клетчатки (парапанкреатической, параколической, тазовой)

VII. Механическая желтуха

VIII. Аррозивные кровотечения

IX. Внутренние и наружные дигестивные свищи.

Основной клинико-морфологической формой деструктивного панкреатита в ранние сроки заболевания является стерильный панкреонекроз. Инфицированные формы панкреонекроза выявляют в среднем у 25 % больных на первой неделе, у 30 % – на второй и у 70 % – на третьей неделе заболевания. В сроки более 3 недель заболевания основные формы представлены панкреатогенным абсцессом и псевдокистой.

Этиология

Острый панкреатит относится к полиэтиологическим заболеваниям. Во многих исследованиях этиологию острого панкреатита изучали на основании эпидемиологических данных. При этом точные механизмы индукции патологического процесса оставались неясными. По данным приведенным John H. C. включающим анализ 5019 случаев случаев острого панкреатита с 1970 года, причинами его стали: пристрастие к алкоголю в 55 %, желчно-каменная болезнь в 27 %, другие неизвестные причины в 19 % (Ranson, 1983). Все они распределены на группы в соответствии с ведущим провоцирующим моментом: метаболическим, механическим, сосудистым или инфекционным. Однако, строго говоря, такая классификация всё же неточна и недостаточно объективна. В анамнезе при этом выявляются признаки рецидивирующего или хронического течения, а фиброз и кальцификаты часто обнаруживаются задолго до появления клиники. Тем не менее, первый или второй приступы панкреатита могут при этом сопровождаться всеми проявлениями, характерными для панкреатита любой другой этиологии, включая осложнения со стороны легких, сердечно-сосудистой системы. В среднем срок употребления алкоголя до первого приступа составляет 11–18 лет. При этом дозы алкоголя составляют 144–150 граммов в сутки. Возникновение панкреатита в данной ситуации зависит также от диеты богатой белком совместно с большим или меньшим содержанием жиров.

Хронические панкреатит при алкоголизме сопровождаются появлением в соке поджелудочной железы белковых преципитатов, а именно с ними связы-

вают формирование обструкции панкреатических протоков, что, собственно, и ведет к повреждению органа.

В некоторых случаях причиной панкреатита становится вызванная алкоголем гипертриглицеридемия. Высказывается предположение, что в данном случае, а также у пациентов, не страдающих алкоголизмом, но с повышенным уровнем липидов в крови, действие панкреатической липазы может привести к местному высвобождению жирных кислот, что инициирует повреждению железы.

Гиперлиппротеинемия

Панкреатит встречается у 30 % пациентов с 1 типом гиперлиппротеинемии по Фредриксону, у 15 % – с 4 типом и у 27- 41 % – с типом 5. Поскольку среди других видов гиперлиппротеинемии 4 типа встречается наиболее часто, она считается причиной острого панкреатита в большинстве случаев.

Гиперкальциемия и гиперпаратиреозидизм

По сообщениям до 1970 года встречаемость панкреатита у пациентов с гиперпаратиреозидизмом составляла от 7 до 19 %. Для объяснения такой взаимосвязи выдвинуто три гипотезы.

Во-первых, повышение уровня кальция в крови может приводить к образованию конкрементов внутри протоков железы.

Во-вторых, избыточное количество паратиреоидного гормона может оказывать прямое токсическое влияние на поджелудочную железу.

В-третьих, повышение кальция в секрете железы может ускорять процесс внутрипанкреатического превращения трипсиногена в трипсин. Несмотря на это, камни в железе обнаруживались не всегда, а повышение уровня кальция в плазме, которое могло бы привести к возникновению панкреатита, возникает и при других патологических состояниях, таких, как например, миеломная болезнь или при инфузии больших доз кальция.

Холелитиаз

Наличие конкрементов наблюдается приблизительно у 60 % пациентов панкреатитом не связанным с алкоголизмом. При исследованиях испражнений больных, выздоравливающих после указанной формы панкреатита, камни обнаруживались в 84–94 %. В связи с этим кажется вполне вероятным, что в указанных исследованиях начало панкреатита было обусловлено прохождением конкрементов через ампулу. Было обнаружено, что у больных панкреатитом пузырный проток имеет тенденцию к расширению, а камни более многочисленны и при этом меньше по размерам и различной величины, нежели в случая желчно-каменной болезни без панкреатита.

Анатомическое строение ампулы может иметь важное значение в возникновении панкреатита. Однако всё ещё остается не ясным, связано ли его начало с проходящей обструкцией панкреатического протока или же с последствиями таковой при закупорке общего протока.

Патогенез

Несмотря на выяснение множества этиологических факторов, с которыми возможно связано развитие панкреатита, конкретный механизм повреждения поджелудочной железы в большинстве случаев остается невыясненным.

Более того, поскольку к возникновению отека и интерстициального воспаления могут приводить многие факторы, для начала собственно деструкции поджелудочной железы и панкреатических тканей возможно необходимо присутствие дополнительных причин.

Прямой разрыв паренхимы поджелудочной железы или ее протока как следствие травмы при эндоскопической ретроградной панкреатографии может стать причиной начала панкреатита.

К развитию отека ткани железы может приводить закупорка панкреатического протока или лимфатических путей опухолью, желчными конкрементами или паразитами. Возникающая при этом внутрипротоковая гипертензия, в свою очередь, может обусловить повышенную чувствительность железы к ишемии или к действию какого-либо другого повреждающего фактора.

Сообщалось о нарушении проходимости вирсунгова протока вторично вследствие приема аспирина, алкоголя или же связь с накоплением в нем желчных солей. В некоторых случаях к повреждению ткани железы может приводить рефлюкс из 12-перстной кишки в просвет панкреатического протока.

Значительную роль в переходе панкреатического отека в некроз железы может сыграть снижение перфузии органа.

Было выявлено множество факторов которые приводят к изменению восприимчивости железы к повреждающему действию происходящих в ней патофизиологических процессов. Экспериментальными исследованиями доказано, что развитию панкреатита были подвержены более всего те животные, в питании которых обнаруживается недостаток эссенциальных клеток жирных кислот. Ацинарные клетки у таких животных, равно как и у пациентов с наличием холестериновых конкрементов, больше чем у других подвержены лизису трипсином.

При остром панкреатите в железе обнаруживается повышение концентрации активной фосфолипазы и протеолитических ферментов. Поэтому совершенно очевидно, что этим ферментам может принадлежать главенствующая роль в прогрессировании повреждения органа.

В своих исследованиях Seelig с соавторами 1987 г. предполагают, что к деструкции ацинарных клеток и панкреатиту может приводить внутрипанкреатическая активация системы комплимента. Кроме того, Cameron с соавт. 1992 г. были получены доказательства участия в патогенезе панкреатита свободных кислородных радикалов.

Обобщая вышесказанное, следует заметить, что в большинстве случаев этиологические факторы панкреатита могут быть достоверно установлены, точный механизм развития данного заболевания остается неясным. Выдвигается масса гипотез, хотя, откровенно говоря, объяснить генез всех форм этого сложного заболевания единым механизмом остается невозможно.

Диагностика

Для повышения качества диагностики и определения прогноза при остром панкреатите прежде всего необходимо комплексное инструментальное обследование, включающее данные ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшинного пространства и брюшной полости, лапароскопию, компьютерную томографию (КТ), а также определение активности панкреатических ферментов в крови, моче и перитонеальном экссудате. Диагноз должен быть верифицирован в течение первых суток госпитализации больного в хирургический стационар.

Ультрасонография остается скрининговым методом оценки состояния поджелудочной железы, билиарной системы, брюшной полости и плевральных полостей при остром панкреатите. УЗИ позволяет поставить диагноз острого панкреатита в 40–86 % случаев, но не всегда помогает достоверно верифицировать форму острого панкреатита, охарактеризовать состояние забрюшинной клетчатки. Привлечение методик измерения параметров гемодинамики в висцеральных сосудах, плотности поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки позволяет повысить специфичность, чувствительность и точность УЗИ при панкреонекрозе.

Лапароскопия является одним из обязательных лечебно-диагностических методов. Однако, метод не всегда позволяет непосредственно осмотреть поджелудочную железу, забрюшинную клетчатку, оценить масштаб и характер поражения железы и забрюшинного пространства.

Метод видеолапароскопии позволяет выполнять декомпрессивные операции на желчном пузыре, некрэксеквестрэктомии через сформированную оменто-панкреатобурсостому, а также динамическую лапароскопию и санацию брюшной полости при панкреатогенном перитоните.

Показания к лечебно-диагностической лапароскопии:

1. Клинически диагностированный панкреонекроз для верификации его формы и дренирования брюшной полости при ферментативном перитоните.
2. Дифференциальный диагноз перитонитов различной этиологии, требующих экстренных оперативных вмешательств.
3. Выполнение лапароскопической холецистостомии при гипертензии желчного пузыря или механической желтухе.

Компьютерная томография является самым чувствительным методом исследования (71–100 %) при остром панкреатите и его осложнениях, дающим разностороннюю информацию о состоянии поджелудочной железы и забрюшинного пространства, вовлечению в процесс желчевыводящих путей, предлагающих сосудистых структур и отделов желудочно-кишечного тракта.

Контрастная КТ (панкреатоангиосканирование) позволяет диагностировать наличие панкреонекроза, оценить его масштаб и локализацию, выявить разнообразные ангиогенные осложнения (аррозию панкреатических и парапанкреатических сосудов, образование псевдоаневризм, окклюзию ветвей воротной вены).

Показания к КТ при остром панкреатите включают:

Уточнение диагноза острого панкреатита при недостаточной информации по клиническим, лабораторным и инструментальным данным.

При панкреонекрозе для оценки масштаба и характеристики поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки в течение 3–10 суток от момента госпитализации (сроки исследования определены по оптимальному времени развития демаркации в поджелудочной железе).

При развитии осложнений острого панкреатита.

При ухудшении тяжести состояния больного в связи с подозрениями на развитие осложненных форм.

Для планирования транскутанных пункций и/или дренирования жидкостных образований.

Для определения рационального оперативного доступа и планирования объема хирургического вмешательства.

Основу объективизированной оценки тяжести острого панкреатита составляют данные КТ. Следует выделять пять степеней тяжести заболевания по данным контрастной КТ-диагностики, которые могут быть суммированы в виде шкалы интегральной оценки масштаба и характера поражения при остром панкреатите:

а) нормальная поджелудочная железа;

в) локальное или диффузное увеличение поджелудочной железы, включая очаги размягчения ее ткани с нечеткими контурами, расширение панкреатического протока и небольшие жидкостные образования в ткани железы;

с) изменения ткани поджелудочной железы, аналогичные стадиям В, к которым присоединяются воспалительные изменения в парапанкреатической клетчатке при масштабе некроза поджелудочной железы менее 30 %;

д) изменения пункта С дополняются единичными, плохо дифференцируемыми очаговыми скоплениями жидкости вне ткани поджелудочной железы при масштабе некроза 30–50 %;

е) изменения пункта Д дополняются двумя или более очагами скопления жидкости вне поджелудочной железы или образование абсцесса при масштабе некроза поджелудочной железы более 50 %.

Метод **магнитной резонансной томографии (МРТ)** в последние годы все шире используется в неотложной панкреатологии. Преимущества МРТ перед КТ заключаются в возможности лучшей визуализации жидкостных образований поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, меньшей лучевой нагрузки для больного и медперсонала.

КТ и УЗИ позволяют дифференцировать жидкостные образования от воспалительно-некротических, но не обеспечивают диагностику стерильного и инфицированного характера деструкции. В этой связи методом точной дифференциальной диагностики стерильного панкреонекроза и его септических осложнений является **чрескожная пункция под контролем УЗИ или КТ** с последующей немедленной окраской биосубстрата по Грамму, и бактериологическим исследованием для определения вида микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) и эндоскопическая папиллотомия показана при билиарном панкреатите с механической желтухой и/или холангитом с учетом визуализации расширенного в диаметре общего желчного протока по данным УЗИ и неэффективности комплексной консервативной терапии в течение 48 часов.

Лечение

Тактика и методы комплексного лечения деструктивного панкреатита определяются категорией состояния тяжести больного. Комплексное лечение больного с деструктивным панкреатитом проводится только в условиях отделения интенсивной терапии.

Основные направления и методы комплексной терапии деструктивного панкреатита включают:

1. **Интенсивную корректирующую терапию** (поддержание оптимального уровня доставки кислорода с помощью инфузионной, кардиотонической и респираторной терапии).

2. **Методы экстракорпоральной детоксикации** (гемо- и лимфосорбция, гемо- и плазмофильтрация, плазмаферез) и энтеросорбция. Однако, в настоящее время алгоритм экстракорпоральной и энтеральной детоксикации окончательно не разработан, что требует проведения дальнейших исследований.

3. **Блокаду секреторной функции поджелудочной железы и медиатоза.**

Первым инактиватором протеаз был трасилол (1953 г.). Сейчас применяют трасилол, контрикал, гордокс, зимофрен, инипрол и др. Доза контрикала от 80 до 160 т ЕД доза трасилола от 150 до 800 т Ед вводят одномоментно шприцем с интервалом в 3–4 часа. Такое введение препарата обеспечивает быстрое снижение активности трипсина, калликреинкининовой системы, плазминовой и тромбиновой систем крови. Отсутствие доказательных данных об эффективности ингибиторов протеаз при панкреонекрозе не позволяет рекомендовать в настоящее время их дальнейшее клиническое применение.

С этой целью целесообразно применение синтетических аналогов соматостатина. На фармацевтическом рынке представлены два основных препарата этой группы – это сандостатин (Novartis, Швейцария) окреотид («Фарм-Синтез», Россия). Препараты сравнимы по эффективности, но необходимо отметить, что окреотид в два раза дешевле, что немаловажно в существующих экономических условиях.

Стандартное дозирование окреотида при остром панкреатите, а также с целью профилактики послеоперационного панкреатита, предполагает подкожное введение препарата по 100 мкг 3 раза в сутки в течение 5–7 дней. При тяжелом деструктивном панкреатите возможно внутривенное введение через инфузomat в дозе 1200 мкг в сутки со скоростью введения 25–50 мкг/час.

При отсутствии этих средств возможно использование антимабоцитов (5-фторурацил).

Учитывая возможность образования стрессовых язв для снижения секреции соляной кислоты необходимо применять блокаторы H₂-рецепторов. Предпочтение отдаем внутривенным введениям кваматела (Гедеон-Рихтер А. О.) 2 раза в сутки.

4. **Антибактериальная профилактика и терапия.**

На прошедшем 13 марта 2000 года в Мюнхене (Германия) симпозиуме «Актуальные проблемы хирургического больного» в докладе руководителя отдела хирургии и гастроэнтерологии Вернского университета (Италия) Claudio Bassi отмечено, что смерть пациента с деструктивным панкреатитом наступает либо рано, в течение первой недели заболевания, либо уже достаточно поздно, после 3–4 недель болезни. На ранней стадии смерть наступает от острой полиорганной недостаточности. Напротив, на поздних стадиях заболевания почти три четверти летальных исходов обусловлены полиорганной недостаточностью, вызванной инфекционным процессом.

Рациональное использование антибиотиков предполагает, что препарат выбора при остром тяжелом панкреатите должен иметь спектр активности, соответствующий спектру первичных патогенных возбудителей, ответственных за панкреатическое инфицирование. Таким образом, антибиотик должен быть

эффективным в отношении таких возбудителей, как *E. coli*, *P. aeruginosa*, *Klebsiella spp.*, *S. aureus*.

Важнейшей детерминантой эффективности действия антибиотиков является их способность селективно проникать в ткани поджелудочной железы через гемато-панкреатический барьер.

В зависимости от различной пенетрирующей способности в ткани поджелудочной железы выделяют три группы антибактериальных препаратов:

Группа I. Концентрация аминогликозидов, аминопенициллинов и цефалоспоринов первого поколения после внутривенного введения не достигает в тканях поджелудочной железы минимальной подавляющей концентрации (МПК) для большинства бактерий.

Группа II. Представлена антибактериальными препаратами, концентрация которых после внутривенного введения превышает МПК, которая эффективна для подавления жизнедеятельности некоторых, но не всех, часто встречающихся при панкреатической инфекции микроорганизмов – защищенные пенициллины широкого спектра: пиперациллин/тазобакам и тикарциллин/клавуланат; цефалоспорины III поколения: цефоперазон и цефотаксим; цефалоспорины IV поколения (цефепим).

III группу составляют карбапенемы (тиенам), фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин и особенно пефлоксацин), которые создают максимальные концентрации в панкреатических тканях, превышающие МПК, для большинства возбудителей инфекции при панкреонекрозе. Клион также достигает бактерицидной концентрации в тканях ПЖ для анаэробных бактерий, поэтому может быть использован как компонент комбинированной антибактериальной терапии (цефалоспорин + клион).

При отечном панкреатите антибактериальная профилактика, как правило, не показана.

Диагноз панкреонекроза является абсолютным показанием к назначению антибактериальных препаратов (группа II и III), создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне поражения со спектром действия относительно всех этиологически значимых возбудителей.

Дифференцировать сразу цель назначения антибиотиков при панкреонекрозе профилактическую или лечебную – во многих случаях крайне сложно, учитывая высокий риск инфицирования некротической поджелудочной железы и сложности его документации клинико-лабораторными и инструментальными методами.

Развитие при панкреонекрозе сепсиса требует немедленного назначения антибактериальных средств с максимальным эффектом и минимальным побочным действием. Фактор эффективности должен доминировать по отношению к фактору стоимости

Препаратами выбора, как для профилактического, так и лечебного применения являются:

карбапенемы (тиенам)

фторхинолоны + метронидазол

цефалоспорины III-IV поколения + метронидазол

защищенные пенициллины (пиперациллин/ тазобакам, тикарциллин/ клавуланат).

Для больных с деструктивным панкреатитом с первых суток их пребывания в стационаре необходима де – эскалационная терапия. Такой подход к антибактериальной терапии предполагает выбор препаратов, имеющих широкий стартовый спектр, что дает высокую вероятность охвата наиболее вероятных возбудителей и последующий переход (в сроки от 48 до 72 часов) на терапию суженного спектра на основании микробиологических данных для более конкретного охвата патогенного возбудителя (либо ассоциации возбудителей).

Признаками неадекватной антибактериальной терапии при панкреонекрозе являются:

- быстрая ранняя прогрессия инфекционного процесса в органе;
- персистирующая инфекция;
- начальное ухудшение состояния, за которым следует медленное, хотя и прогрессивное улучшение.

В качестве препарата выбора для стартовой терапии следует рекомендовать имипенем/тиенам. С целью профилактики инфекционных осложнений при стерильном панкреонекрозе суточная доза составляет 1 грамм, при инфекции средней степени тяжести необходимо внутривенное введение препарата 2 грамма в сутки. Разовая доза 500 мг, перерыв между введениями препарата 8 часов. При тяжелой инфекции, панкреатогенном сепсисе вводят по 1000 мг тиенама через 8 часов. В связи с высокой антибактериальной активностью тиенама рекомендуется, чтобы суточная доза не превышала 4 грамма или 50 мг/кг в сутки в зависимости от того, какая доза будет меньше. Целесообразно применение в течение 5 суток внутривенной формы препарата с последующим переходом на внутримышечные инъекции.

Принимая во внимание роль интестиногенной транслокации бактерий в патогенезе инфекционных осложнений панкреонекроза в схему целесообразно включение режима селективной деконтаминации кишечника, в частности, пероральное введение фторхинолонов (пемфлосацин, ципрофлоксацин).

Панкреонекроз является фактором риска развития грибковой суперинфекции, что определяет целесообразность включения антифунгальных средств (микосист до 400 мг) (Гедон-Рихтер А. О.) в программу лечения больных панкреонекрозом.

Продолжительность антибактериальной терапии при панкреонекрозе определяется сроками полного регресса симптомов системной воспалительной реакции.

Учитывая динамику патологического процесса при панкреонекрозе от стерильного к инфицированному и часто многоэтапный характер оперативных вмешательств для эффективной антибактериальной терапии следует предусмотреть возможность смены нескольких режимов.

5. Нутритивная поддержка при остром панкреатите.

Нутритивная поддержка показана при тяжести состояния больного панкреатитом по шкале Ranson >2 баллов, по шкале APACHE II >9 баллов, при верификации клинического диагноза панкреонекроза и/или наличии полиорганной недостаточности. При верификации отечной формы панкреатита и наличие положительной динамики в его комплексном лечении в течение 48–72 часов, через 5–7 дней показано естественное питание.

Эффективность полного парентерального питания при панкреонекрозе сомнительна. Это объясняется следующими отрицательными эффектами полно-

го парентерального питания: усиление энтерогенной транслокации бактерии, развитие ангиогенной инфекции, иммуносупрессии и высокой стоимости метода. В этой связи, на сегодняшний день, более целесообразным и эффективным при панкреонекрозе считают проведение энтерального питания в ранние сроки заболевания через назоеюнальный зонд установленный дистальнее связки Трейца эндоскопическим путем или во время операции. В случае развития толерантности к энтеральному питанию (увеличение уровня амилаз – и липаземии, стойкий парез кишечника, диарея, аспирация), у больных панкреонекрозом показано проведение тотального парентерального питания.

Хирургическое лечение

В отношении принципов дифференциального хирургического лечения панкреонекроза и его септических осложнений имеются принципиальные различия. Они касаются оптимальных сроков и режимов оперативного вмешательства, доступов, видов операции на поджелудочной железе, желчевыводящей системы, методов дренирующих операций забрюшинного пространства и брюшной полости.

Показанием к операции при панкреонекрозе является:

Инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени полиорганной нарушений;

Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, независимо от факта инфицирования, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1–3 суток, что свидетельствует об обширном некрозе железы и забрюшинной клетчатки или высоком риске развития панкреатогенной инфекции;

Оперативное лечение показано больным, у которых по данным КТ-ангиографии масштаб некроза превышает 50 % паренхимы поджелудочной железы и/или диагностировано распространение некроза на забрюшинное пространство, что соответствует высокому риску инфицирования и фатальных системных осложнений;

Панкреатогенный (ферментативный, абактериальный) перитонит является показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости.

Факт инфицирования некротических тканей является важным, но не единственным показанием к операции, особенно в ранние сроки заболевания.

Большую роль в объективизации показаний к операции играет использование интегральных шкал оценки тяжести состояния больного с деструктивным панкреатитом.

Методы хирургического лечения широко варьируют, что определяется динамикой патоморфологического процесса в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брюшной полости. Техническое решение этапа некрсеквестрэктомии однотипно, поэтому особое значение необходимо придавать выбору метода дренирующих операций в забрюшинном пространстве, так как избранный уже на первой операции метод дренирования существенно определяет выбор режима оперативной тактики.

В настоящее время используют три основных метода дренирующих операций при панкреонекрозе, которые обеспечивают различные условия для дренирования забрюшинного пространства и брюшной полости в зависимости от

масштаба и характера поражения железы, забрюшинной клетчатки и брюшной полости.

Предлагаемые методы дренирующих операций включают определенные технические способы наружного дренирования различных отделов забрюшинной клетчатки и брюшной полости, что обязательно предполагает выбор определенных тактических режимов повторных вмешательств:

- программируемых ревизий и санации всех зон некротической деструкции и инфицирования в различных отделах забрюшинного пространства (*«по программе»*).

- неотложных и вынужденных повторных вмешательств (*«по требованию»*) вследствие имеющихся и/или развивающихся осложнений (продолжающаяся секвестрация, неадекватное дренирование, кровотечение и т. д.) в динамике патоморфологической трансформации зон некроза/инфекции в забрюшинном пространстве и брюшной полости.

Методы дренирующих операций забрюшинного пространства при панкреонекрозе классифицируют следующим образом:

- «Закрытый»
- «Открытый»
- «Полуоткрытый»

«Закрытый» метод дренирующих операций включает активное дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости в условиях анатомической целостности полости сальниковой сумки и брюшной полости. Это достигается имплантацией многоканальных силиконовых дренажных конструкций для введения антисептических растворов фракционно или капельно в очаг деструкции (инфекции) с постоянной активной аспирацией.

«Закрытый» метод дренирования предполагает выполнение повторных вмешательств только «по требованию». Контроль за очагом деструкции/инфекции и функцией дренажей осуществляется по результатам УЗИ, КТ, видеооптической техники, фистулографии.

Целесообразно применение методов лапароскопической «закрытой» бурсооментоскопии и санации сальниковой сумки. С использованием лапароскопической техники выполняют декомпрессию желчного пузыря, санацию и дренирование брюшной полости и далее с использованием специально разработанного инструментария из мини-лапаротомного доступа осуществляют осмотр поджелудочной железы, некрсеквестрэктомии в полном объеме и формируют панкреатооментобурсостому. Начиная с 3–5 дня после операции, с интервалом 1–3 суток выполняют этапную санацию. В междооперативном периоде проводят лаваж полости сальниковой сумки.

Применяют методы эндоскопического дренирования и санации забрюшинного пространства через поясничный внебрюшинный доступы. Все большее распространение получают мининвазивные хирургические методы чрезкожного пункционного дренирования парапанкреатической зоны и других отделов забрюшинной клетчатки, желчного пузыря под контролем УЗИ и КТ. Мининвазивные вмешательства легко выполнимы, малотравматичны и эффективны. При неэффективности вышеперечисленных методов дренирования при панкреонекрозе показана лапаротомия.

Основными показаниями к «открытому» и «полуоткрытому» методу дренирования забрюшинного пространства являются:

- крупномасштабные формы панкреонекроза в сочетании с поражением забрюшинной клетчатки;
- инфицированный панкреонекроз и панкреатогенный абсцесс в сочетании с крупноочаговыми формами инфицированного панкреонекроза;
- релапаротомия после неэффективного «закрытого» или «полукрытого» методов дренирования.

«Открытый» метод дренирующих операций при панкреонекрозе предполагает выполнение программируемых ревизий и санации забрюшинного пространства и имеет два основных варианта технических решений, определяемых преимущественно масштабом и характером поражения забрюшинного пространства и брюшной полости. Этот метод включает:

- панкреатооментобурсостомию и люмбостомию;
- панкреатооментобурсостомию и лапаростомию;

Показанием к панкреатооментобурсостомию и люмбостомии является инфицированный и стерильный распространенный панкреонекроз в сочетании с поражением парапанкреатической и тазовой клетчатки.

Панкреатооментобурсостому формируют путём подшивания фрагментов желудочно-ободочной связки к париетальной брюшине в верхней трети лапаротомной раны по типу марсупиализации и дренированием всех зон некроза/инфекции дренажами Пенроза, в комбинации с многопросветными трубчатыми конструкциями. Дренаж Пенроза, именуемый в отечественной литературе как «резиново-марлевый тампон», пропитывают антисептиками и мазями на водорастворимой основе («Левосин», «Левомеколь»). Такая хирургическая тактика обеспечивает в последующем беспрепятственный доступ к этим зонам и выполнение адекватных некрэксеквстрэктомий в программируемом режиме с интервалом 48–72 часа. Этапная замена дренажей Пенроза позволяет устранить их существенный недостаток связанный с кратковременной дренажной функцией и экзогенным (ре) инфицированием. По мере очищения забрюшинной клетчатки от некрозов и детрита, при появлении грануляционной ткани показан переход к «закрытому» методу дренирования.

При развитии распространенного гнойного перитонита и крайней степени состояния больного при распространенном и/или инфицированном панкреонекрозе (тяжелый сепсис, септический шок, APACHE II>13 баллов, Ranson>5 баллов) показана лапаростомия, проведение программируемых санаций забрюшинной клетчатки и брюшной полости через 12–48 часов.

«Полукрытый» метод дренирования при панкреонекрозе предполагает установку трубчатых многопросветных дренажных конструкций в комбинации с дренажем Пенроза. В этих условиях лапаротомную рану ушивают послойно, а в комбинированную конструкцию дренажей вводят через широкую контрапертуру в пояснично-боковых отделах живота (люмботомия). Такого рода операция получила название «традиционная», когда смена дренажных конструкций, как правило, отсроченная – 5–7 суток. При крупномасштабном некрозе и секвестрации, сложной топографии формируемых каналов зачастую создаются условия для неадекватного дренирования очагов некроза/инфекции. Поэтому для предупреждения этих осложнений потенциал дренирования забрюшинной клетчатки можно повысить, если производить адекватную замену дренажей в режиме «по программе», т. е. не реже чем через 48–72 часов, пропитывать дренаж Пенроза антисептическими растворами, совмещать с сорбентами или мазями на

водорастворимой основе («Левосин», «Левомеколь»). Реализация адекватной хирургической тактики в условиях «полуоткрытого» метода наружного дренирования при панкреонекрозе достигается путем оперативных вмешательств. Режим «по требованию» в этой ситуации следует признать не эффективным, не имеющим ни теоретического, ни практического обоснования.

Следует особо отметить, что представленные методы «закрытого» и «открытого» дренирования забрюшинной клетчатки не являются конкурирующими, так как при соблюдении методологии и обоснованных показаниях призваны обеспечить адекватную и полную санацию всех зон некротической деструкции и панкреатогенной инфекции.

Протокол лечебно-диагностической помощи при остром панкреатите

1. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе.

1. Наличие болей в верхних отделах живота требует целенаправленного исключения диагноза «острый панкреатит» с учетом его форм.

2. Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого панкреатита служат основанием для направления больного в хирургический стационар. В случае атипичной клинической картины или сомнения в диагнозе допустимо использовать диагноз направления «острый живот».

3. При неснятом диагнозе острого панкреатита противопоказано применение местного тепла (грелки) на область живота, а также применение клизм и слабительных препаратов.

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

5. В случае самовольного ухода больного до определения диагноза из приемного отделения хирургического стационара врач приемного отделения обязан сообщить об этом в поликлинику по месту жительства больного для активного его осмотра хирургом поликлиники на дому.

II. Протоколы диагностических мероприятий в стационаре

Для повышения качества диагностики и определения прогноза при остром панкреатите прежде всего необходимо комплексное инструментальное обследование, включающее данные ультразвукового исследования (УЗИ) органов забрюшинного пространства и брюшной полости, лапароскопию, компьютерную томографию (КТ), а также определение активности панкреатических ферментов в крови, моче и перитонеальном экссудате. Диагноз должен быть верифицирован в течение первых суток госпитализации больного в хирургический стационар.

Ультрасонография остается скрининговым методом оценки состояния поджелудочной железы, билиарной системы, брюшной полости и плевральных полостей при остром панкреатите. УЗИ позволяет поставить диагноз острого панкреатита в 40–86 % случаев, но не всегда помогает достоверно верифицировать форму острого панкреатита, охарактеризовать состояние забрюшинной клетчатки.

Лапароскопия является одним из обязательных лечебно-диагностических методов. Однако метод не всегда позволяет непосредственно осмотреть поджелудочную железу, забрюшинную клетчатку, оценить масштаб и характер поражения железы и забрюшинного пространства.

Метод видеолaparоскопии позволяет выполнять декомпрессивные операции на желчном пузыре, некрсеквестрэктомии через сформированную оменто-панкреатобурсостому, а также динамическую лапароскопию и санацию брюшной полости при панкреатогенном перитоните

Компьютерная томография является самым чувствительным методом исследования (71–100 %) при остром панкреатите и его осложнениях, дающим разностороннюю информацию о состоянии поджелудочной железы и забрюшинного пространства.

Панкреатоангиосканирование позволяет диагностировать наличие панкреонекроза, оценить его масштаб и локализацию, выявить разнообразные ангиогенные осложнения (аррозию панкреатических и парапанкреатических сосудов, образование псевдоаневризм, окклюзию ветвей воротной вены).

Метод *магнитной резонансной томографии (МРТ)* в последние годы все шире используется в неотложной панкреатологии. Преимущества МРТ перед КТ заключаются в возможности лучшей визуализации жидкостных образований поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, меньшей лучевой нагрузки для больного и медперсонала.

КТ и УЗИ позволяют дифференцировать жидкостные образования от воспалительно-некротических, но не обеспечивают диагностику стерильного и инфицированного характера деструкции.

В этой связи методом точной дифференциальной диагностики стерильного панкреонекроза и его септических осложнений является *чрескожная пункция под контролем УЗИ или КТ*.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) и эндоскопическая папиллотомия показана при билиарном панкреатите с механической желтухой и/или холангитом с учетом визуализации расширенного в диаметре общего желчного протока по данным УЗИ и неэффективности комплексной консервативной терапии в течение 48 часов.

Другие исследования. Рентгенография грудной клетки, фиброгастроскопия, ЭКГ. Обзорная рентгенография брюшной полости (по показаниям)

Лабораторные исследования.

Обязательные:

Общий клинический анализ крови, сахар, билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза, креатенин, мочевины, протромбин, анализ крови на RW, группа и резус-фактор крови. Общий анализ и диастаза мочи. Общий белок и фракции, КЩС, щелочная фосфатаза, калий и натрий крови,

III. Протоколы оценки степени тяжести и лечебной тактики в хирургическом отделении

1. Оценка степени тяжести

Объективная оценка тяжести острого панкреатита, включающая три основных этапа, должна быть проведена у всех больных в течение первых двух суток госпитализации.

Первичная (исходная) оценка тяжести острого панкреатита подразумевает клиническую дифференциацию на интерстициальную форму заболевания и панкреонекроз.

На втором этапе тяжесть заболевания строится на анализе ряда клинико-лабораторных шкал интегральной оценки параметров физиологического состояния больного острым панкреатитом, которые позволяют повысить точность

прогнозирования исхода заболевания и развития постнекротических осложнений до 70–80 %. Наиболее распространенными системами интегральной оценки тяжести больного и прогноза исхода острого панкреатита являются шкалы Ranson (1974), Glasgow (1984), APACHE II (1984).

При значении шкалы Ranson более 4 баллов, APACHE II более 9 баллов развитие деструктивного панкреатита носит преимущественно осложненный характер.

Динамическая ежедневная оценка тяжести состояния больного по шкале APACHE II имеет не только высокую прогностическую значимость, но и составляет основу объективизации показаний к операции и дифференцированного подхода в выборе режимов комплексного лечения при панкреонекрозе

На третьем этапе оценка тяжести заболевания основана на определении масштаба и характера поражения поджелудочной железы, забрюшинного пространства и брюшной полости при диагностике панкреонекроза на основании результатов УЗИ, лапароскопии и контрастной КТ.

V. Протоколы консервативной терапии

Комплексное лечение больного с деструктивным панкреатитом проводится только в условиях отделения интенсивной терапии.

Основные направления и методы комплексной терапии деструктивного панкреатита включают:

1. *Интенсивную корригирующую терапию* (поддержание оптимального уровня доставки кислорода с помощью инфузионной, кардиотонической и респираторной терапии).

2. *Методы экстракорпоральной детоксикации* (гемо- и лимфосорбция, гемо- и плазмофильтрация, плазмаферез) и энтеросорбция.

3. *Блокаду секреторной функции поджелудочной железы и медиатоза.*

С этой целью целесообразно применение синтетических аналогов соматостатина.

Стандартное дозирование окреотида при отечном панкреатите, а также с целью профилактики послеоперационного панкреатита, предполагает подкожное введение препарата по 100 мкг 3 раза в сутки в течение 5–7 дней. При тяжелом деструктивном панкреатите возможно внутривенное введение через инфузомат в дозе 1200 мкг в сутки со скоростью введения 25–50 мкг/час.

При отсутствии этих средств возможно использование антиметаболитов (5-фторурацил).

4. Антибактериальная профилактика и терапия.

В зависимости от различной пенетрирующей способности в ткани поджелудочной железы выделяют три группы антибактериальных препаратов:

Группа I. Концентрация аминогликозидов, аминопенициллинов и цефалоспоринов первого поколения после внутривенного введения не достигает в тканях поджелудочной железы минимальной подавляющей концентрации (МПК) для большинства бактерий.

Группа II. Представлена антибактериальными препаратами, концентрация которых после внутривенного введения превышает МПК, которая эффективна для подавления жизнедеятельности некоторых, но не всех, часто встречающихся при панкреатической инфекции микроорганизмов – защищенные пенициллины широкого спектра: пиперациллин/тазобакам и тикарцил-

лин/клавуланат; цефалоспорины III поколения: цефоперазон и цефотаксим; цефалоспорины IV поколения (цефепим).

III группу составляют карбапенемы (тиенам), фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин и особенно пefлоксацин), которые создают максимальные концентрации в панкреатических тканях, превышающие МПК, для большинства возбудителей инфекции при панкреонекрозе. Кليون также достигает бактерицидной концентрации в тканях ПЖ для анаэробных бактерий, поэтому может быть использован как компонент комбинированной антибактериальной терапии (цефалоспорин +Кليون).

Диагноз панкреонекроза является абсолютным показанием к назначению антибактериальных препаратов (группа II и III), создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне поражения со спектром действия относительно всех этиологически значимых возбудителей.

Фактор эффективности должен доминировать по отношению к фактору стоимости.

Препаратами выбора, как для профилактического, так и лечебного применения являются:

карбапенемы (тиенам)

фторхинолоны +метронидазол

цефалоспорины III-IV поколения + метронидазол

защищенные пенициллины (пиперациллин/ тазобакам, тикарциллин/ клавулат).

В качестве препарата выбора для стартовой терапии следует рекомендовать имипенем/тиенам. С целью профилактики инфекционных осложнений при стерильном панкреонекрозе суточная доза составляет 1 грамм, при инфекции средней степени тяжести необходимо внутривенное введение препарата 2 грамма в сутки. Разовая доза 500 мг, перерыв между введениями препарата 8 часов. При тяжелой инфекции, панкреатогенном сепсисе вводят по 1000 мг тиенама через 8 часов. В связи с высокой антибактериальной активностью тиенама рекомендуется, чтобы суточная доза не превышала 4 грамма или 50 мг/кг в сутки в зависимости от того, какая доза будет меньше. Целесообразно применение в течение 5 суток внутривенной формы препарата с последующим переходом на внутримышечные инъекции.

IV. Протоколы дифференцированной хирургической тактики при остром панкреатите

1. Показанием к операции при панкреонекрозе является:

Инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени полиорганной недостаточности;

Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, независимо от факта инфицирования, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1–3 суток, что свидетельствует об обширном некрозе железы и/или заросшей клетчатки или высоком риске развития панкреатогенной инфекции;

Оперативное лечение показано больным, у которых по данным КТ-ангиографии масштаб некроза превышает 50 % паренхимы поджелудочной железы и/или диагностировано распространение некроза на забрюшинное про-

странство, что соответствует высокому риску инфицирования и фатальных системных осложнений;

Панкреатогенный (ферментативный, абактериальный) перитонит является показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости.

Факт инфицирования некротических тканей является важным, но не единственным показанием к операции, особенно в ранние сроки заболевания.

Методы хирургического лечения широко варьируют, что определяется динамикой патоморфологического процесса в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брюшной полости.

В настоящее время используют три основных метода дренирующих операций при панкреонекрозе, которые обеспечивают различные условия для дренирования забрюшинного пространства и брюшной полости в зависимости от масштаба и характера поражения железы, забрюшинной клетчатки и брюшной полости.

Методы дренирующих операций забрюшинного пространства при панкреонекрозе классифицируют следующим образом:

- «Закрытый»
- «Открытый»
- «Полуоткрытый»

«Закрытый» метод дренирующих операций включает активное дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости в условиях анатомической целостности полости сальниковой сумки и брюшной полости. Основными показаниями к «открытому» и «полуоткрытому» методу дренирования забрюшинного пространства являются:

- крупномасштабные формы панкреонекроза в сочетании с поражением забрюшинной клетчатки;
- инфицированный панкреонекроз о панкреатогенный абсцесс в сочетании с крупноочаговыми формами инфицированного панкреонекроза;
- релапаротомия после неэффективного «закрытого» или «полуоткрытого» методов дренирования.

«Открытый» метод дренирующих операций при панкреонекрозе предполагает выполнение программируемых ревизий и санации забрюшинного пространства и имеет два основных варианта технических решений, определяемых преимущественно масштабом и характером поражения забрюшинного пространства и брюшной полости. Этот метод включает:

- панкреатооментобурсостомию+люмбостомию;
- панкреатооментобурсостомию+лапаростомию;

Показанием к панкреатооментобурсостомию и люмбостомии является инфицированный и стерильный распространённый панкреонекроз в сочетании с поражением парапанкреатической и тазовой клетчатки.

«Полуоткрытый» метод дренирования при панкреонекрозе предполагает установку трубчатых многопросветных дренажных конструкций в комбинации с дренажем Пенроза. В этих условиях лапаротомную рану ушивают послойно, а в комбинированную конструкцию дренажей вводят через широкую контрапертуру в пояснично-боковых отделах живота (люмботомия). Такого рода операция получила название «традиционных», когда смена дренажных конструкций, как правило, отсрочена на 5–7 суток.

Литература

1. Клиническая хирургия (справочное руководство для врачей) / под ред. Ю. М. Панцырева. – М. : Медицина, 1988. – 636 с.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В. С. Савельева. – М. : Медицина, 1976. – 608 с.
3. Современные технологии диагностики и лечения острого панкреатита (пособие для врачей) / Черданцев Д. В., Каспаров Э. В., Попов В. О. и др. ; под ред. проф. Винника Ю. С. – Красноярск, 2001. – 30 с.
4. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях брюшной полости (материалы ассоциации хирургов Санкт-Петербурга). – СПб., 2001. – 33 с.
5. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин ; под ред. М. И. Кузина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. – 640 с.