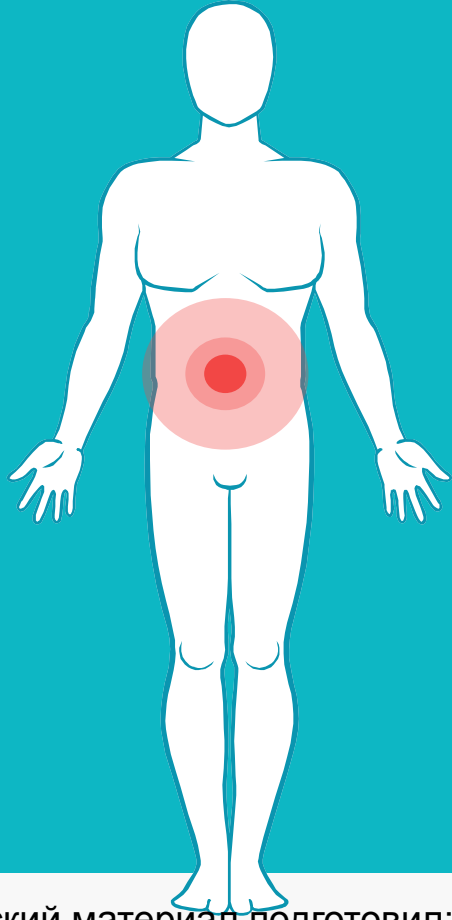
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ



Surgical Treatment of Perforated Peptic Ulcer

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОБОДНОЙ КИШЕЧНОЙ ЯЗВЫ

Author
Faisal Aziz, MD Assistant Professor of Surgery, Divsion of Vascular and Endovascular Surgery, Department of Surgery, Pennsylvania State University College of Medicine; Updated: Aug 17, 2018

Перевод и графический материал подготовил:
слушатель 6 курса,
Лейтенант Спасский А.О.

ИСТОЧНИКИ

Оригинал статьи
https://emedicine.medscape.com/article/1950689-overview

Background

- Благодаря успеху терапии в лечении кишечных язв (КЯ), сегодня хирургическое лечение играет очень ограниченную роль, а специфическое хирургическое лечение КЯ было практически заброшено

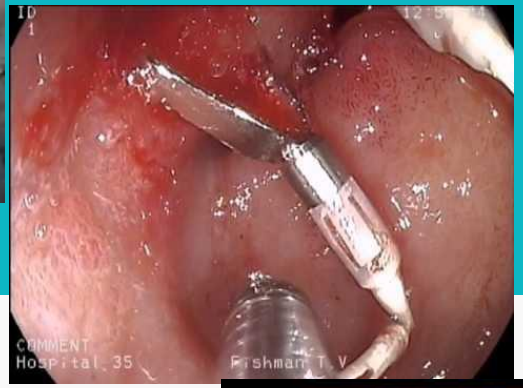
- Уже в 1980-х колличество элективных операций по поводу КЯ упало более чем на 70%

- 80% оставшихся случаев были неотложными ситуациями

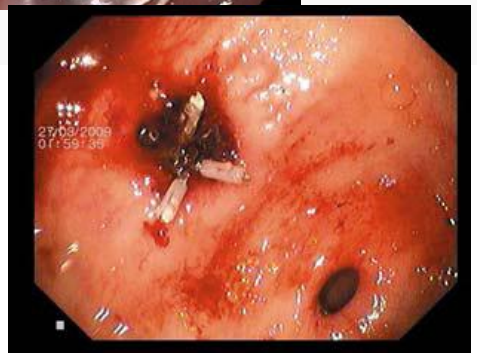
ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРЕАЦИИ

1. Прободение!

2. Неуспешные попытки проведения гемостаза эндоскопически

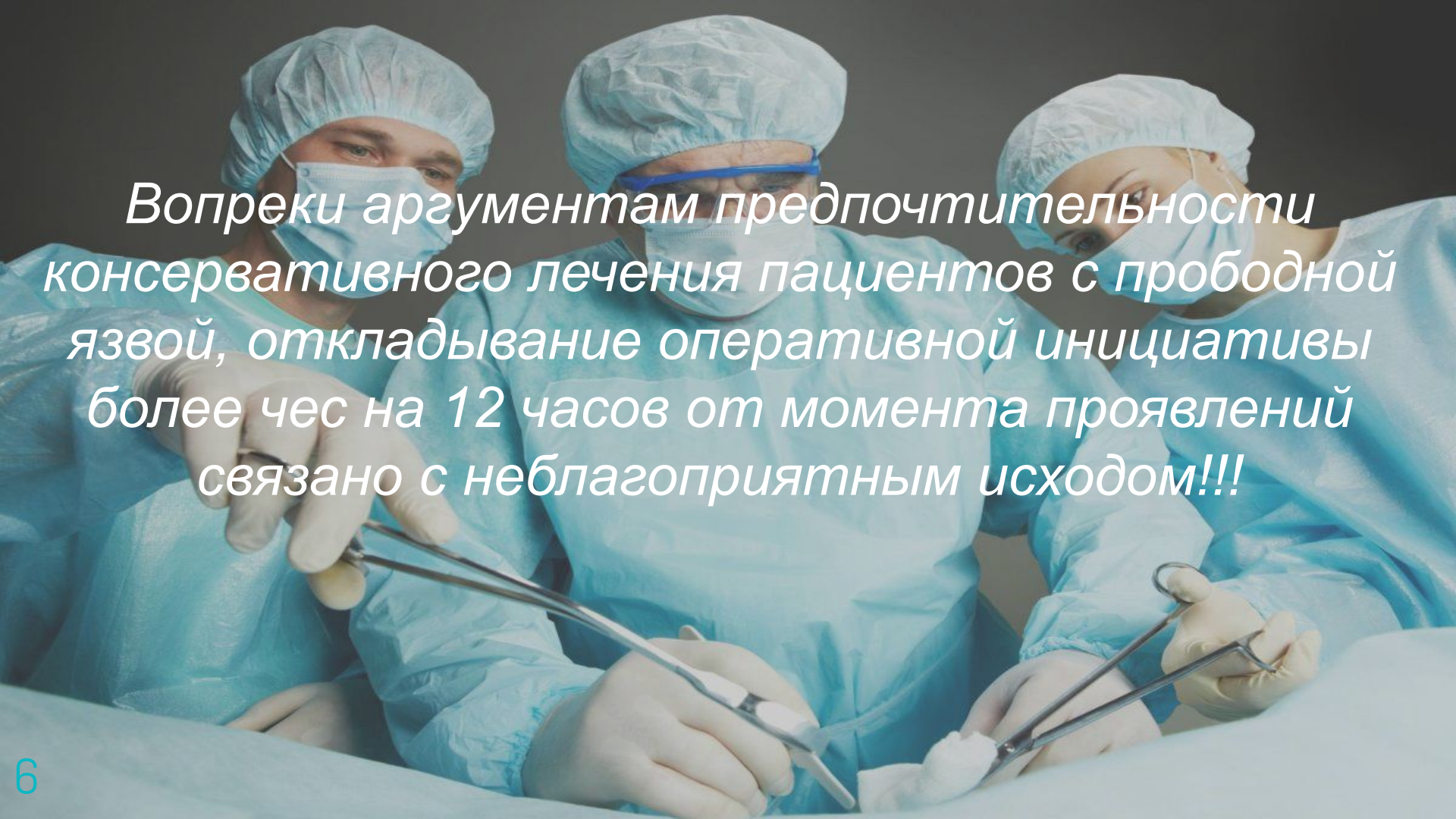


3. Повторные кровотечения несмотря на попытки достигнуть полного гемостаза



Теоретические мнения

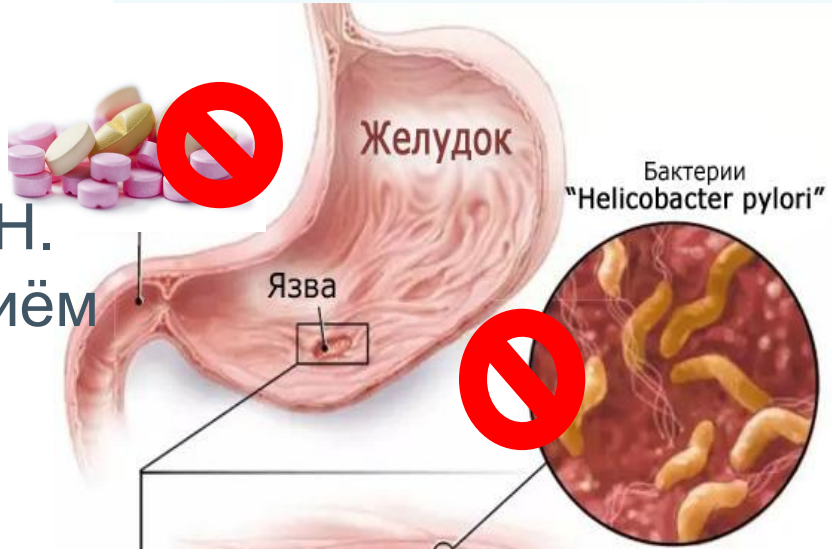
- Многие клиницисты рекомендуют хирургическое лечение уже после второй неуспешной попытки гемостаза
- Ряд учений утверждает, что малые перфоративные язвы можно лечить не оперативно, но используют разные критерии «малых» язв и сходятся на общем мнении, что при наличии перитонеальных симптомы должна быть проведена ревизионная лапаротомия
- Клинические данные самозакрытия прободных язв малого размера, НО! в отсутствии пневмоперитонеума


Вопреки аргументам предпочтительности консервативного лечения пациентов с прободной язвой, откладывание оперативной инициативы более чес на 12 часов от момента проявлений связано с неблагоприятным исходом!!!

Основные хирургические соображения

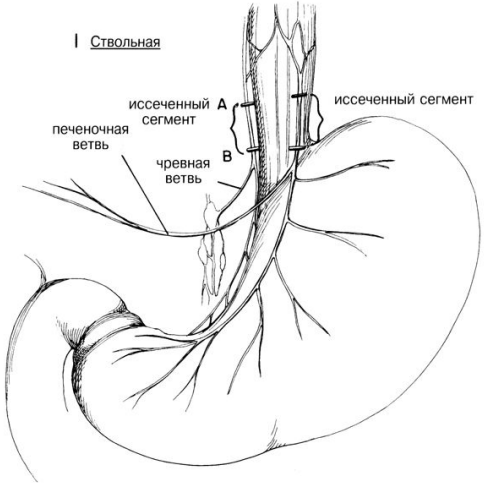
- Локализация и природа язвы диктуют выбор подходящей хирургической тактики

- Большинство авторов рекомендуют обычное ушивание раны по краям с элиминированием сопутствующей инфекции H. pylori или прекращение приём НПВС



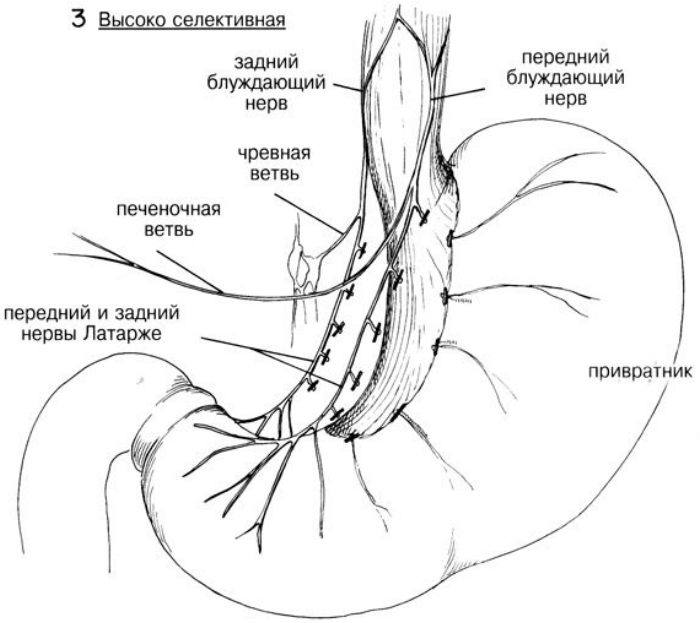
Дополнительные хирургические опции для пациентов с рефрактерной или осложнённой язвенной болезнью

Ваготомия и пилоропластика



Ваготомия и антерэктомия с гастродуоденальной реконструкцией (Бильрот I) или гастроеюнальной реконструкцией (Бильрот II)

Высокоселективная ваготомия



Выбор хирургического вмешательства

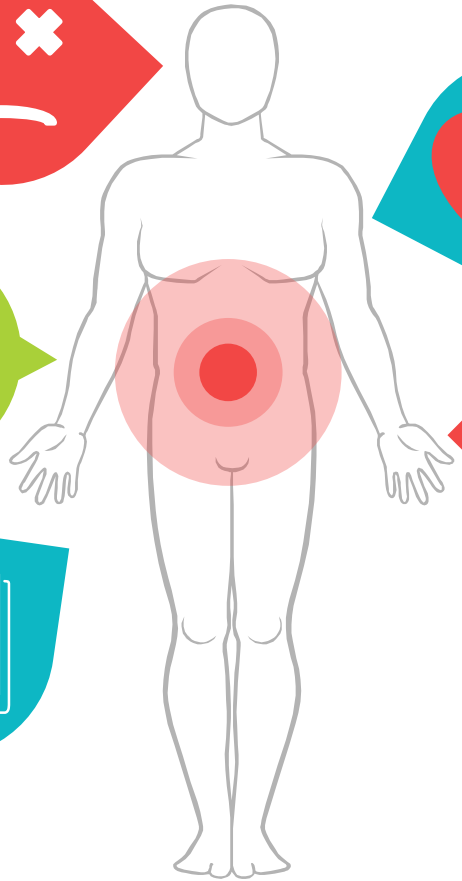
Жизнеугрожающие ситуации и коморбидные состояния

Гемодинамическая нестабильность

Диаметр перфорации

Длительность симптомов

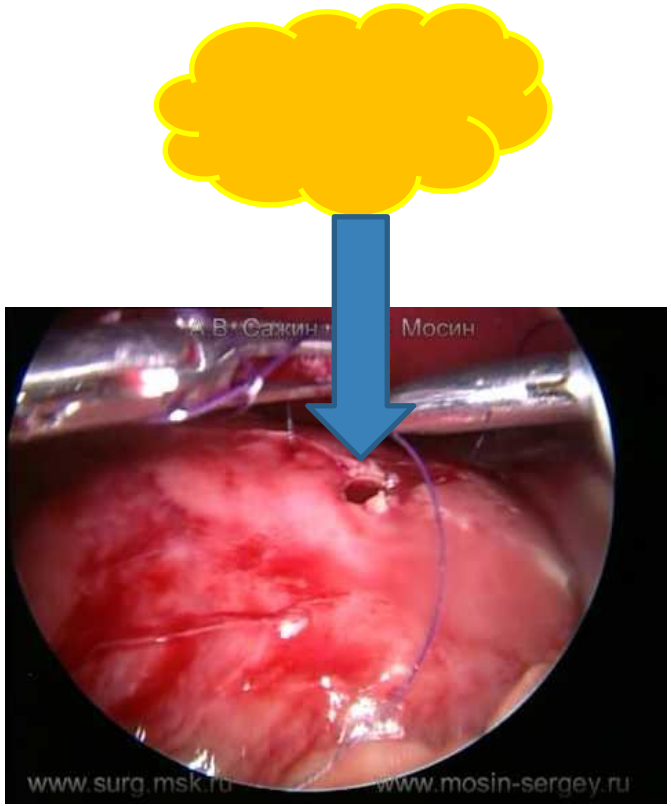
История хронических пептических изъязвлений



Гемодинамическая нестабильность и грубое интрабдоминальная контаминация

Наиболее безопасным способом закрытия острой передней дуоденальной язвы это использование заплатки Грахама (Graham patch) , используя сальник.

Вокруг перфорации накладываются несколько простых шёлковых швов через всю толщину стенки, а поверх них накладывается сегмент сальника



Пациент стабилен, минимальная интрабдоминальная инвазия

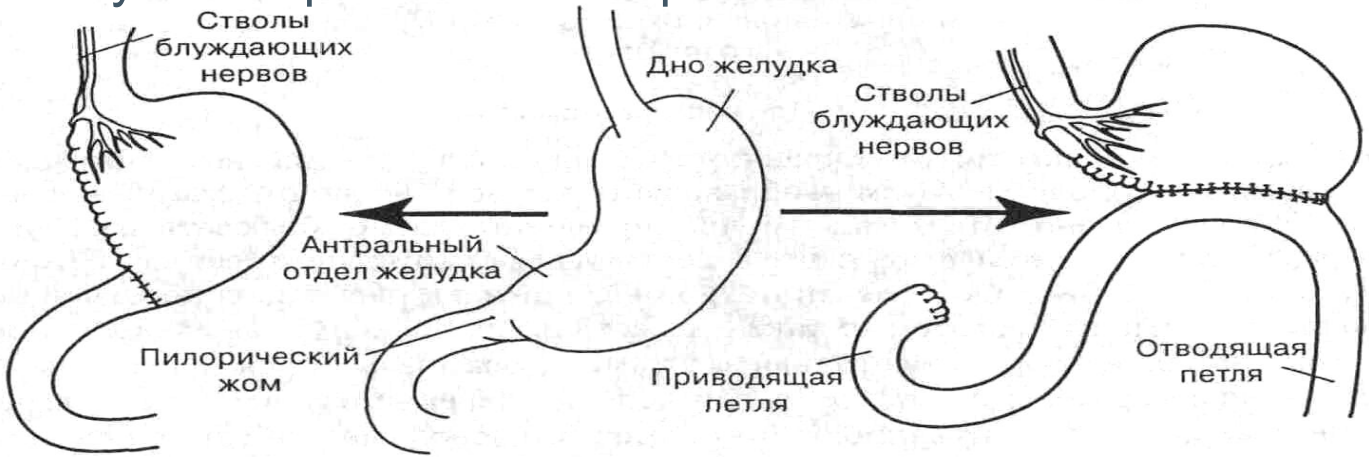
Оперативное вмешательство может дополняться:
высокоселективной ваготомией

1. Дтвольной ваготомией и пилоропластикой
2. Ваготомией и антерэктомией для передней дуоденальной язвы

Пациент полностью стабилен

Показано полное иссечение язвы с отправкой материала на гистологическое исследование (экспресс исследование замороженного секционного материала) для исключения малигнизации

В случае доброкачественности последней показана дистальная гастерэктомия с восстановлением целостности используя Бильрот I или Бильрот II

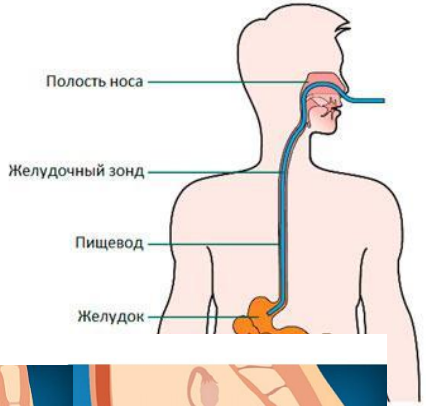


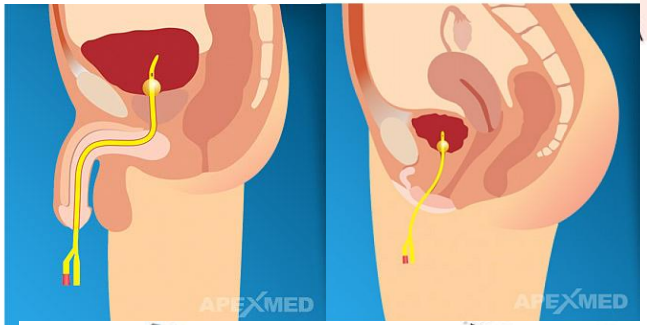
Минимально инвазивные подходы

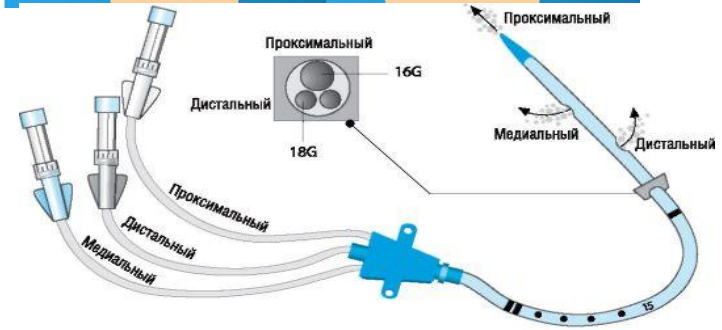
Проспективное, рандомизированное испытание сравнения лапароскопической хирургии и открытой хирургии у пациентов с прободной язвой выявило, что обе эти группы сравнимы по продолжительности операции и частоте осложнений, в то время как лапароскопическая группа имела существенно меньший период пребывания в клинике и длительность посдеперационных болей , а также меньшей частотой послеоперационных раневых инфекций

Предоперационная подготовка

- Установка назогастрального зонда, декомпрессия желудка
- Постановка катетера Фоллея, контроль диуреза
- Постановка центрального венозного катетера Сван-Ганза или его вариантов, проведение интенсивной терапии







Послеоперационный период

- ✔Назогастральный зонда может быть удалён на 2-3 сут с постепенным назначением диеты
- ✔Пациенты с H. pylori инфекцией должны получать соответствующую А/Б терапию
- ✔Пациенты с повышенным уровнем соляй кислоты должны быть дополнительно обследованы на синдром Золингера-Эллисона

Осложнения

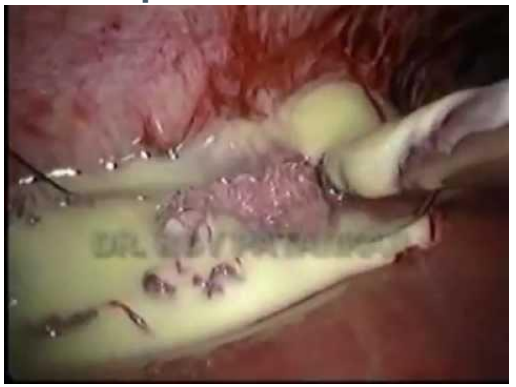
Пневмония (30%)

Кардиологические осложнения

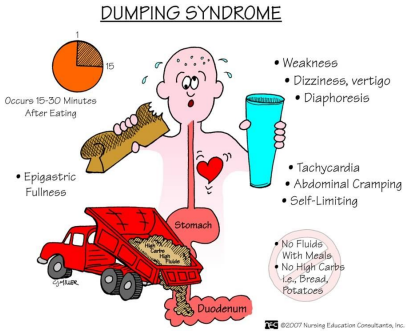
Инфекция операционной раны

Диарея (30% после ваготомии)

Абдоминальный абсцесс

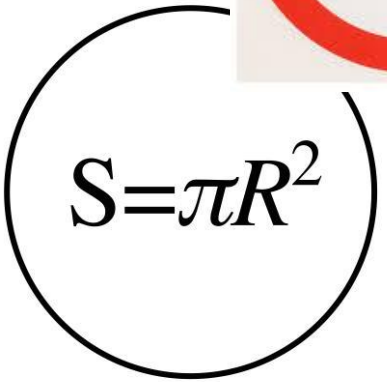


Демпинг синдром (15% с ваготомие и дренированием)



Факторы риска

1. Женский пол
2. Пожилые пациенты
3. Более 36 ч. От появления клиники до начала лечения
4. Перфорация более 1 см2
5. Тяжёлое предоперационное состояние
6. Нарушение функции почек



Thank you