

Современная хирургия
острого холецистита,
перфоративной язвы желудка
и двенадцатиперстной кишки

Профессор, доктор медицинских наук
М.М. Винокуров

Кафедра факультетской хирургии

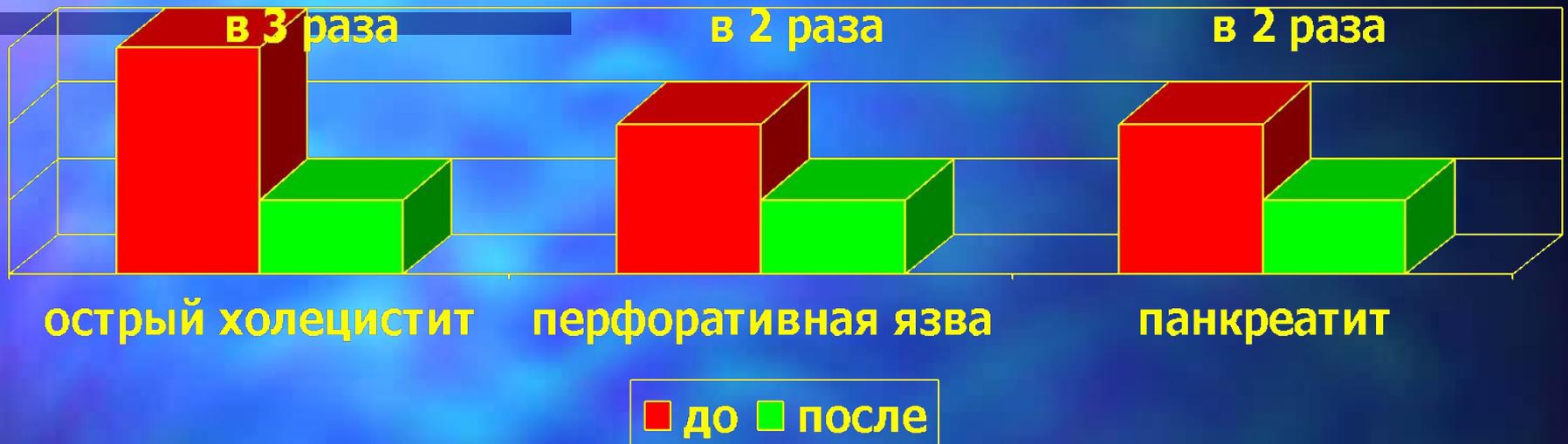
МИ ЯГУ

Хирургическое отделение



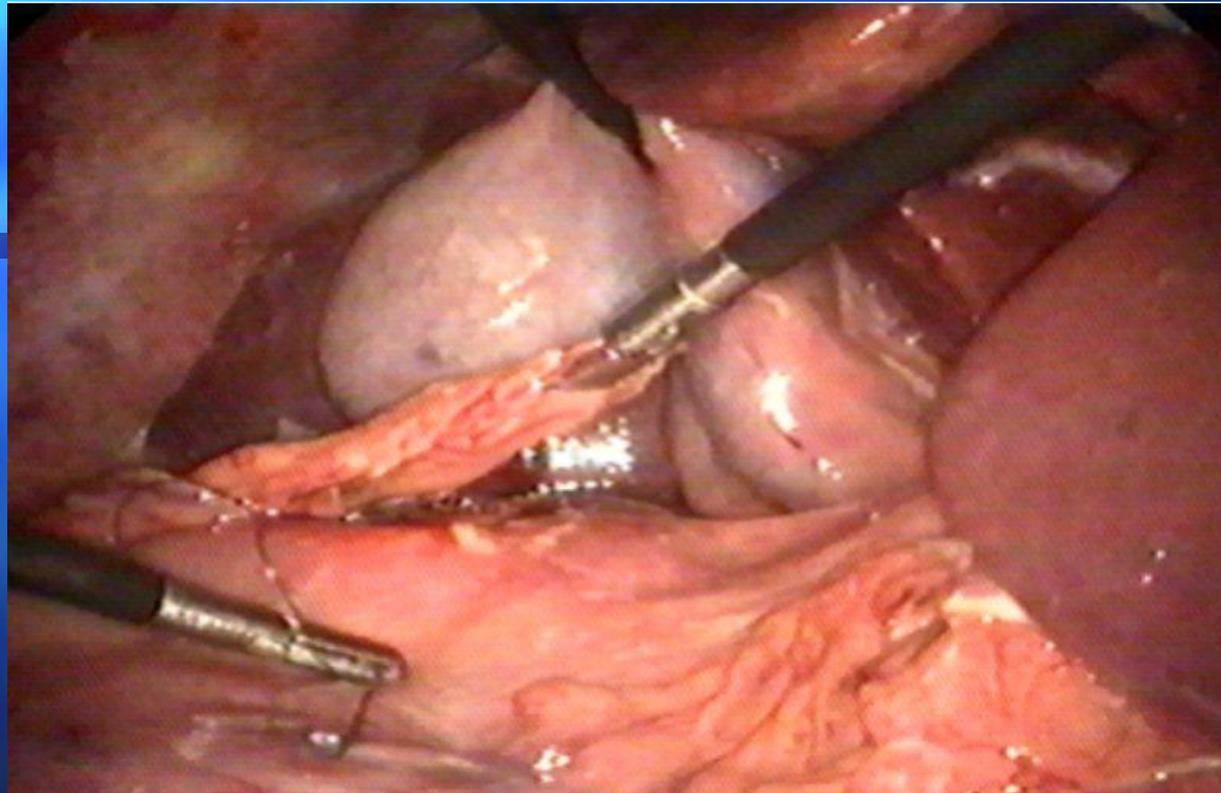
Хирургическое отделение РЦЭМП является клинической базой кафедры факультетской хирургии. С 1994 года работает как специализированная экстренная хирургия.

Успехи хирургии



За 15 лет работы нами достигнуты определенные успехи в лечении острого холецистита, перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острого панкреатита.

Современное состояние проблемы лечения острого холецистита



Актуальность

Современная хирургия располагает соответствующими рекомендациями съездов, пленумов, конференций по тактике лечения больных с острым холециститом. Литературные данные показывают, что эта проблема далека от своего решения, а многие ее стороны по-прежнему активно обсуждаются. По итогам дискуссий можно выделить диаметрально противоположные взгляды на тактику лечения острого холецистита. Публикации на эту тему сопровождаются большим клиническим материалом авторов. Результаты лечения острого холецистита в целом еще далеки от желаемых и количество больных с этой патологией с каждым годом возрастает.

Распространенность

- Острый холецистит, среди неотложных заболеваний органов брюшной полости занимает второе место после острого аппендицита.
- В возрастной группе от 60 и старше от 26,5 до 90,2% (Савельев В.С. и соавт., 2008).

Этиология и патогенез

- Первично — желчная гипертензия, превышение давления в желчном пузыре более 400 – 500 мм водного столба (при норме 180 - 200).
- Вторично — присоединение инфекционного агента.
- Сосудистые изменения в стенке желчного пузыря.

Диагностика

Диагностика острого холецистита складывается из ряда признаков, которые можно охарактеризовать как *основные* и *вспомогательные*

Основные клинические симптомы:

- характерный приступ болей с типичной иррадиацией;
- признаки воспаления;
- признаки гипертензии и нарушения пассажа желчи.

Диагностика

К вспомогательным – симптомы развивающейся инфекции и нарастающей интоксикации:

- повышение температуры тела;
- лейкоцитоз;
- сухой или густо обложенный язык;
- рвота желчью;
- тахикардия.

Диагностика

- Наряду с общепринятыми методами диагностики (жалобы, анамнез и т.п) важнейшим является:

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА

(95,4 - 99,6%)

(А.Г. Бебуришвили, 2003; R.L.Bree, 1995)

Операционная летальность

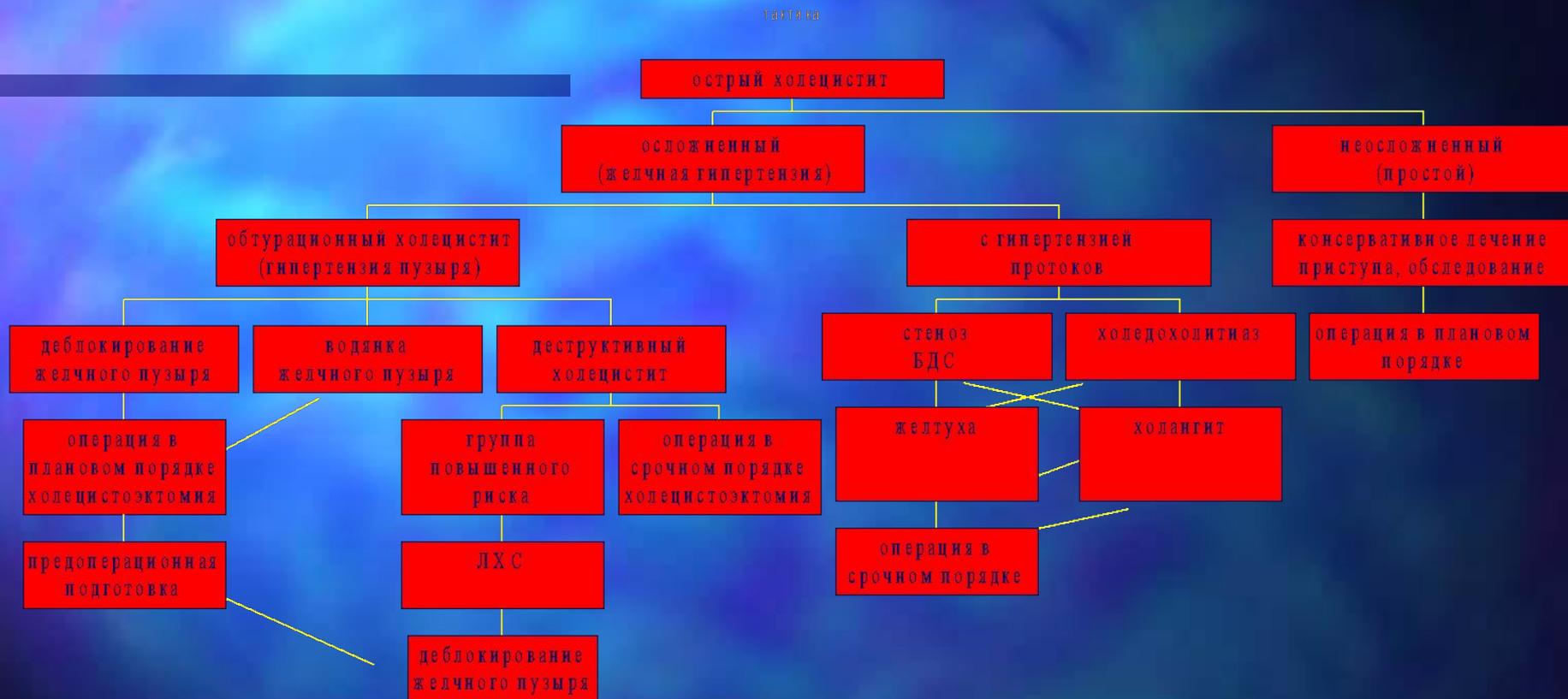
Основным стержнем того или иного варианта лечебной тактики является послеоперационная летальность. К основным причинам высокой послеоперационной летальности относят:

1) значительный процент лиц пожилого и старческого возраста (Стручков В.С. с соавт., 1978; Бебурешвили А.Г., 2002; Савельев В.С., 2008)

2) часто встречающиеся в наш антибактериальный век атипичные и стертые формы заболевания при остром деструктивном холецистите (Шапошников Ю.Г. с соавт., 1983; Шулутко А.М., 2003)

3) отсутствие стопроцентно верифицирующих методов диагностики (Бебурешвили А.Г., 2002; Савельев В.С., 2008)

Тактика лечения острого холецистита



Тактика лечения

1. **АКТИВНАЯ ТАКТИКА** — операционная летальность — 1,2-15,3% (А.А. Ваулин, 1988; А.Г. Бебуришвили, 2003)
2. **КОНСЕРВАТИВНАЯ ТАКТИКА** — летальность 14–27% (В.Н. Эсперов, 1989)
3. **АКТИВНО – ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА** — операционная летальность — 3–12 % (А.М. Шулутко, 1989; В.С. Савельев, 2008).

Основной принцип лечения

ЭКСТРЕННАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ
К ТАКОВЫМ ОТНОСЯТ *наружное* или
внутреннее дренирование желчных путей

Наружное дренирование

Наружное дренирование после холедохотомии осуществляется T-образным дренажем Кера. Среди возражений против наружного дренирования является вопрос о желчепотере. Однако этот недостаток не велик:

- при дренировании выделяется около 20% желчи (не более 10 - 12 дней);
- дренаж выполняет роль «сигнализатора опасности» при обильном желчеотделении.

Внутреннее дренирование

- Осуществляется двумя вариантами:
- холедоходуоденоанастомозом (ХДА)
- папиллосфинктеропластикой (ПСП)

Холедоходуоденоанастомоз

Значительный (более 60%) последствий:

- несостоятельность анастомоза;
- неритмичное отделение желчи;
- остаточная патология терминального отдела холедоха;
- рефлюкс холангит;
- рубцовый стеноз холедоха.

Папиллосфинктеротомия (пластика)

В настоящее время достаточно отработана, представляется предпочтительной в функциональном отношении и в плане прогноза отдаленного результата.

Преимущества ПСП:

- прямой выход на причину непроходимости желчных путей;
- отсутствие остаточной патологии.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия

Противопоказания
(Э.И. Гальперин, 1988)

- Острый панкреатит
- Геморрагический диатез
- Протяженные сужения дистального отдела желчного протока

Методы паллиативного лечения

- Оперативная или «открытая» холецистостомия
- Лапароскопическая холецистостомия
- Черезкожная чреспеченочная пункция желчного пузыря и внутрипеченочных желчных протоков

Экспериментальные методы

Растворение желчных камней при помощи гепарина, холата, монооктациона, цитрата натрия, октаглина и др.
(П.М. Постолов, 1988; L. Cheung et al., 1974; Alien et al., 1978, F. Roggero et al., 1983)

Методы радикального лечения

- «Классическая» холецистэктомия
- Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ)
(А.С. Балалыкин, А.Е. Борисов, Ю.И. Галингер, А.А. Гуляев, А.М. Шулутко, В.С. Савельев)
- Холецистэктомия из минидоступа по М. И. Прудкову (МХЭ)

Выполнимость ЛХЭ

- Сроки обтурации. В первые 2 - 3 суток при «рыхлых» инфильтрациях;
- данные УЗИ;
- данные лапароскопии:
 - плотность инфильтрата,
 - доступность препаровки тканей;

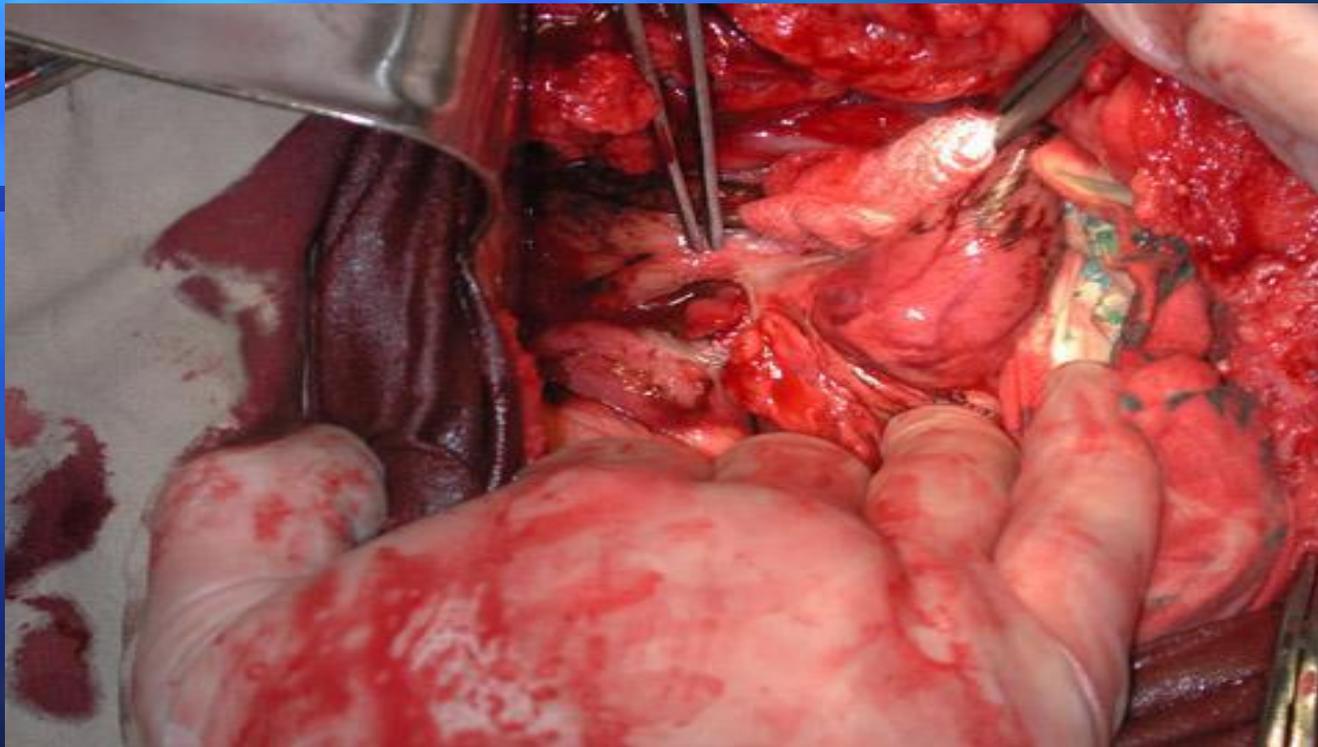
Особенности ЛХЭ при остром холецистите

- Основной ориентир край печени.
- Напряженный желчный пузырь обязательно опорожняется.
- Кровотечения из прилежащих тканей немедленно останавливаются.
- Электрокоагуляция при удалении от полых органов.
- Убедится в отхождении пузырного протока от желчного пузыря.

Особенности ЛХЭ при остром холецистите

- Острая препаровка и коагуляция в области шейки и гепатодуоденальной связки не допустимы.
- При обработке пузырной артерии нужно помнить о её дополнительных ветвях.
- Тщательная ревизия ложа желчного пузыря.
- При значительных трудностях переход на лапаротомию

Хирургическое лечение перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки



В настоящее время в России на учете находится около 3 млн. больных с язвенной болезнью. Количество операций на протяжении последних десятилетий держится на уровне 7,5 – 13,0 на 100 000 человек, а летальность, снизившаяся к 50-м годам прошлого века, уже многие годы составляет от 5 до 17,9%.

Как правило, перфоративная язва возникает в молодом и зрелом возрасте. В нашем исследовании средний возраст больных составил $44,1 \pm 8,2$ года. У мужчин встречается в 7 раз чаще, чем у женщин.

Классификация (В.С. Савельева и соавт., 1976):

По этиологии: язвенные и гормональные.

По локализации:

А – язва желудка: малой кривизны, передней стенки, задней стенки.

Б – язва двенадцатиперстной кишки: передней стенки, задней стенки.

По течению:

А – прободение в свободную брюшную полость.

Б – прободение прикрытое.

В – прободение атипичное.

В настоящее время язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки относят к полиэтиологичным заболеваниям. Исходя из этого, язвенную болезнь представляют как сложный патологический процесс, в основе которого лежит воспалительная реакция организма с формированием локального повреждения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта в ответ на нарушение эндогенного баланса местных “агрессивных” и “защитных” факторов в сторону первых.

Факторы “агрессии”

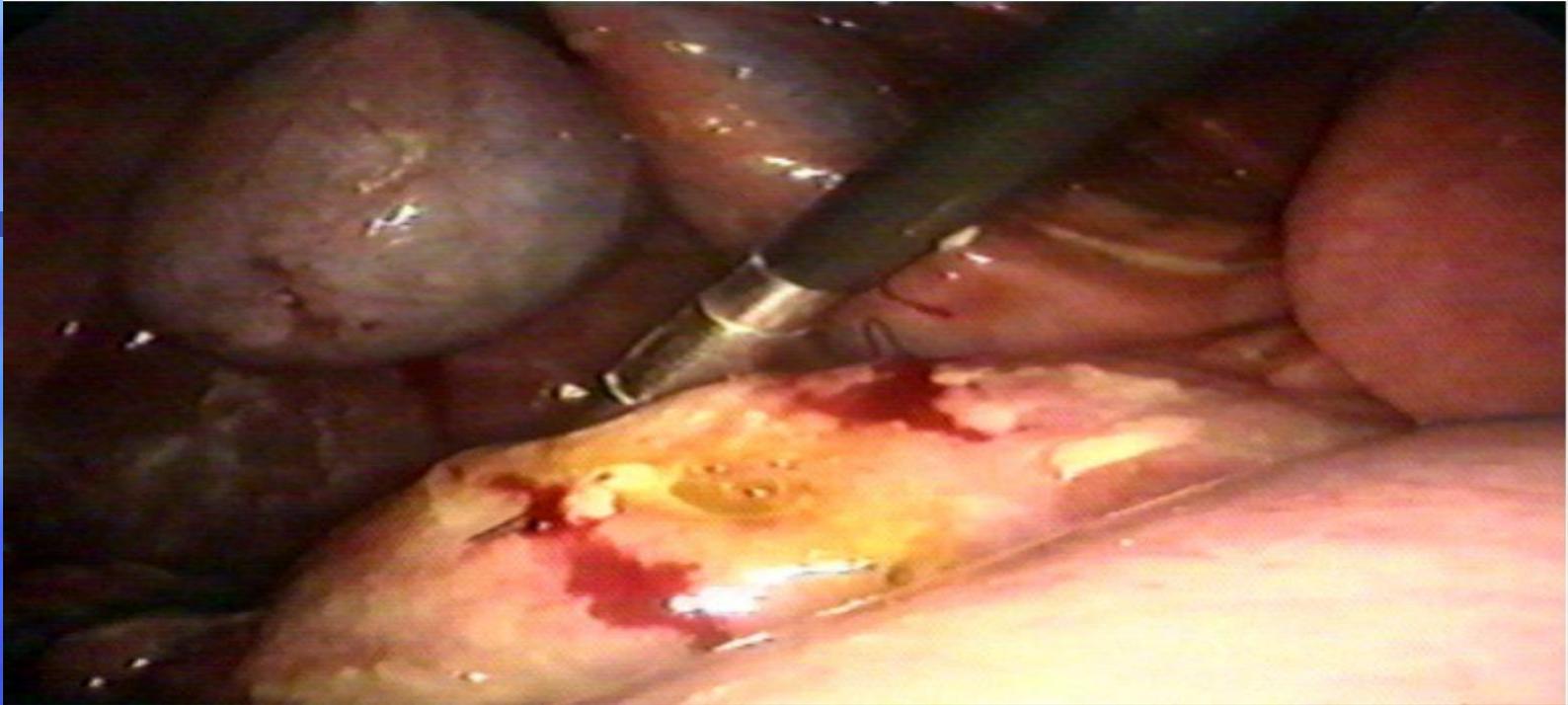
К факторам “агрессии” относят:

- хлористо-водородную (соляную) кислоту,
- пепсин,
- нарушение гастродуоденальной моторики,
- *Helicobacter pylori*,
- травматизация гастродуоденальной слизистой оболочки.

Факторы “защиты”

К факторам “защиты” относят:

- секрецию слизи, бикарбонатов и простагландинов;
- антродуоденальный кислотный тормоз;
- адекватное кровоснабжение;
- клеточное обновление покровных эпителиальных клеток слизистой оболочки.



Кроме того в организме происходят патологические нарушения связанные с присутствием перитонита влияющие на тактику хирургического лечения.

Следует отметить “особенности” перитонита при перфорации. Как правило, до суток от момента перфорации в брюшной полости имеется прозрачный или мутный экссудат с нитями и хлопьями фибрина, париетальная и висцеральная брюшина ярко гиперемирована. Паралитическая кишечная непроходимость в большинстве случаев отсутствует. Микробный пейзаж в большинстве случаев представлен грамположительными кокками, лактобациллами, грибами рода *Candida*, степень бактериальной контаминации 10(3) – 10(4) микробных тел на 1 мл экссудата. Следует отметить, что в 30% случаев в эти сроки бактериальное обсеменение отсутствует. Вышеизложенное позволяет выбрать радикальный способ оперативного вмешательства.

В более поздние сроки от момента перфорации в брюшной полости появляется гнойный экссудат, фиксированные наложения фибрина, паралитическая кишечная непроходимость с увеличением бактериальной контаминации. Тем самым в этот период следует избрать минимально травматичный способ вмешательства, запланировать один из способов санации брюшной полости.

На основании вышеизложенного хотелось бы рассмотреть методы оперативных вмешательств, так как большинство авторов считают, что в настоящее время нет универсальной операции и предпочитают осуществлять дифференцированный выбор хирургического метода лечения с учетом особенностей патологического процесса. Методы хирургического лечения больных с перфоративной язвой разнообразны и у каждого есть положительные и отрицательные стороны.

Хирургическая тактика

кафедра факультетской хирургии
МИ ЯГУ

Операция ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки

Чаще всего её проводят вынужденно, так как она не влияет на этиологические и патогенетические механизмы язвенной болезни и, тем не менее, остается одним из наиболее распространенных оперативных вмешательств и показано при разлитых гнойных перитонитах для спасения жизни больного и носит чисто паллиативный характер, являясь иногда первым этапом к более радикальной операции.

Резекция желудка при перфоративных язвах

Для выполнения резекции желудка при перфоративной язве требуются следующие условия сформулированные К.М. Лисицыным (1984):

- относительно удовлетворительное состояние больного и возраст не старше 60 лет;
- давность перфорации не более 6 часов;
- отсутствие явлений выраженного гнойного процесса;

Резекция желудка при перфоративных язвах

- продолжительный язвенный анамнез в прошлом с неудовлетворительным консервативным лечением;
- достаточный опыт и квалификация хирурга;
- наличие опытных анестезиолога и ассистентов;
- наличие соответствующего инструментария и достаточного запаса крови и кровезаменителей.

Резекция желудка при перфоративных язвах

Следует учесть, что для резекции желудка имеются определенные показания:

- перфорация каллезных язв;
- повторные перфорации; стеноз;
- пенетрация язвы в соседние органы;
- множественные язвы;
- подозрение на малигнизацию язвы или рак;
- сочетание перфорации и кровотечения.

ретрактор

Стволовая ваготомия с пилоропластикой при перфоративных язвах

первая ножка
диафрагмы

Эта операция нашла широкое применение особенно потому, что она технически проста, доступна хирургам средней квалификации, что важно в условиях районных больниц, и дает хорошие непосредственные результаты. После стволовой ваготомии с пилоропластикой у больных наряду с нормализацией кислотности желудочного сока восстанавливается дуоденальная проходимость, что важно для профилактики рецидива язвы.

вагус

Современные подходы к противоязвенному медикаментозному лечению

В последние годы многие гастроэнтерологи основное внимание в этиологии и патогенезе язвенной болезни уделяют кислотно-пептическому фактору и инфицированию *Helicobacter pylori* слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Основными направлениями медикаментозной терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время признаны: снижение интрагастральной кислотности и санация слизистой оболочки от *Helicobacter pylori*.

Значительные успехи в снижении интрагастральной кислотности достигнуты благодаря применению блокаторов H_2 -гистаминорецепторов и блокаторов протонной ПМПЫ.

Открытие в 1983 г. J. Warren и В. Marshal микробов. *Helicobacter pylori* связан с широким спектром гастродуоденальных заболеваний — от асимптоматического гастрита до рака желудка. Наиболее эффективными в антихеликобактерной терапии в настоящее время считаются соли висмута (особенно субцитрат или субсалацилат коллоидного висмута, де-нол), производные нитроимидазола (метронидазол, тинидазол), а также антибиотики многих групп, за исключением ванкомицина и полимиксинов. Среди антибиотиков наиболее эффективны полусинтетические пенициллины, тетрациклин и макролиды второй генерации.

Некоторые вопросы, затрагивающие объём оперативного вмешательства, тактики послеоперационного противорецидивного лечения, все ещё остаются не до конца решёнными. А результаты хирургического лечения больных этой категории не всегда оказываются положительными, что определяет важную практическую значимость проблемы. Неслучайно, многие современные исследователи на основании комплексного хирургического лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки продолжают разрабатывать показания к применению различных видов операций.