

С.Ж.Асфендияров атындағы  
Қазақ Ұлттық Медицина  
университеті



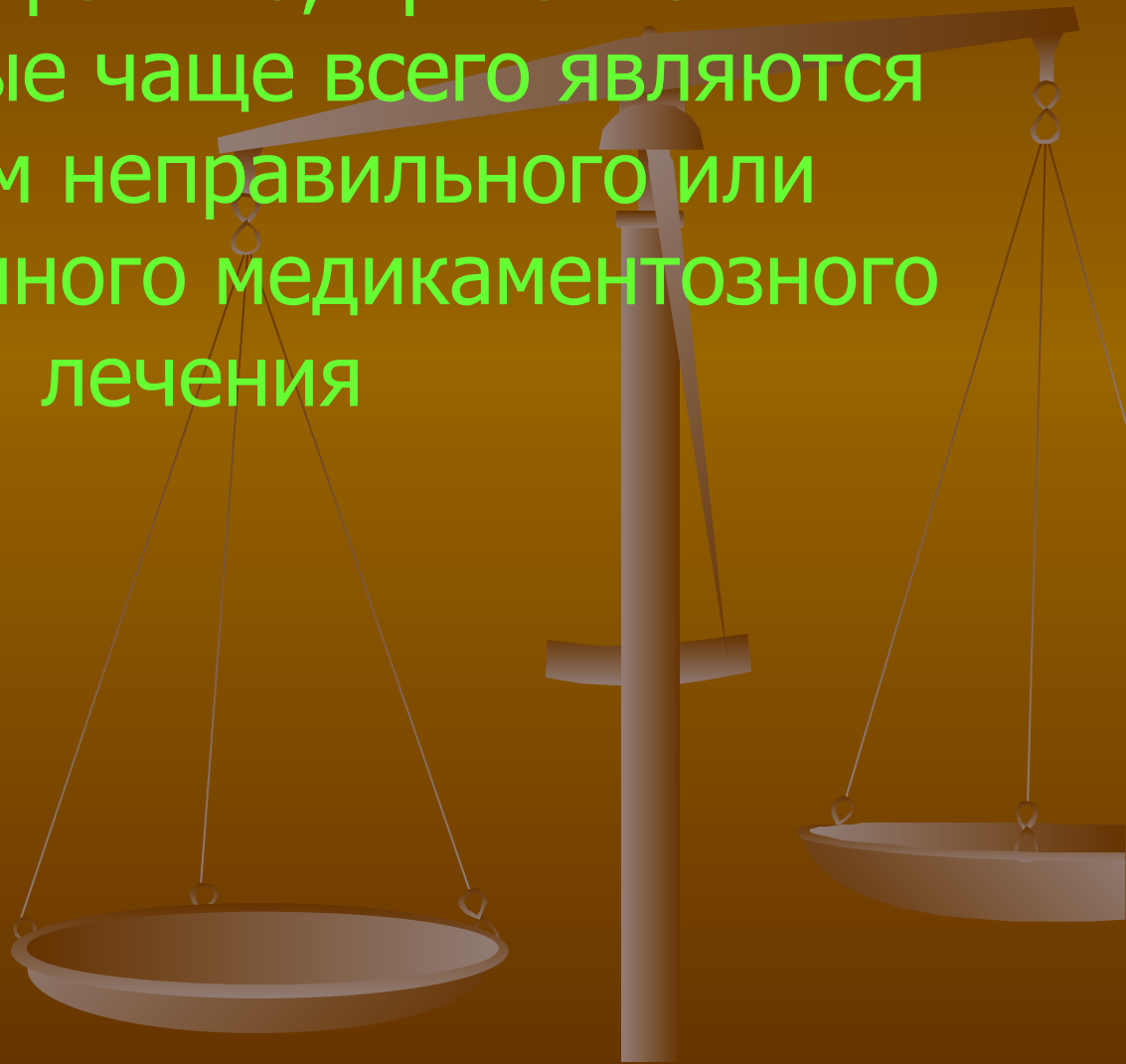
Казахский Национальный  
Медицинский университет им. С.  
Д.Асфендиярова

# Тема: ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ . МЕТОДЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Проверил: Жуловчинов М.У.  
Приготовила: Есмурзаева Д.Б..  
Факультет: Хирургия  
Курс : 7  
Тобы: 702-2к

Алматы қаласы 2017-2018жж.

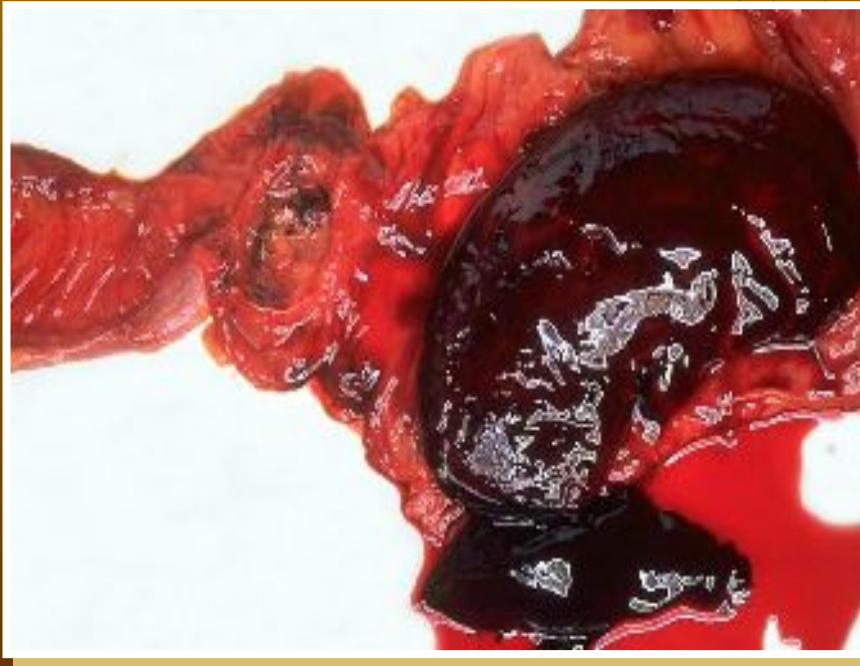
Показания к оперативному лечению  
возникают, как правило, при осложненных  
язвах, которые чаще всего являются  
следствием неправильного или  
несвоевременного медикаментозного  
лечения



- ❖ Хирургическое лечение язвенной болезни проводится по абсолютным и относительным показаниям.

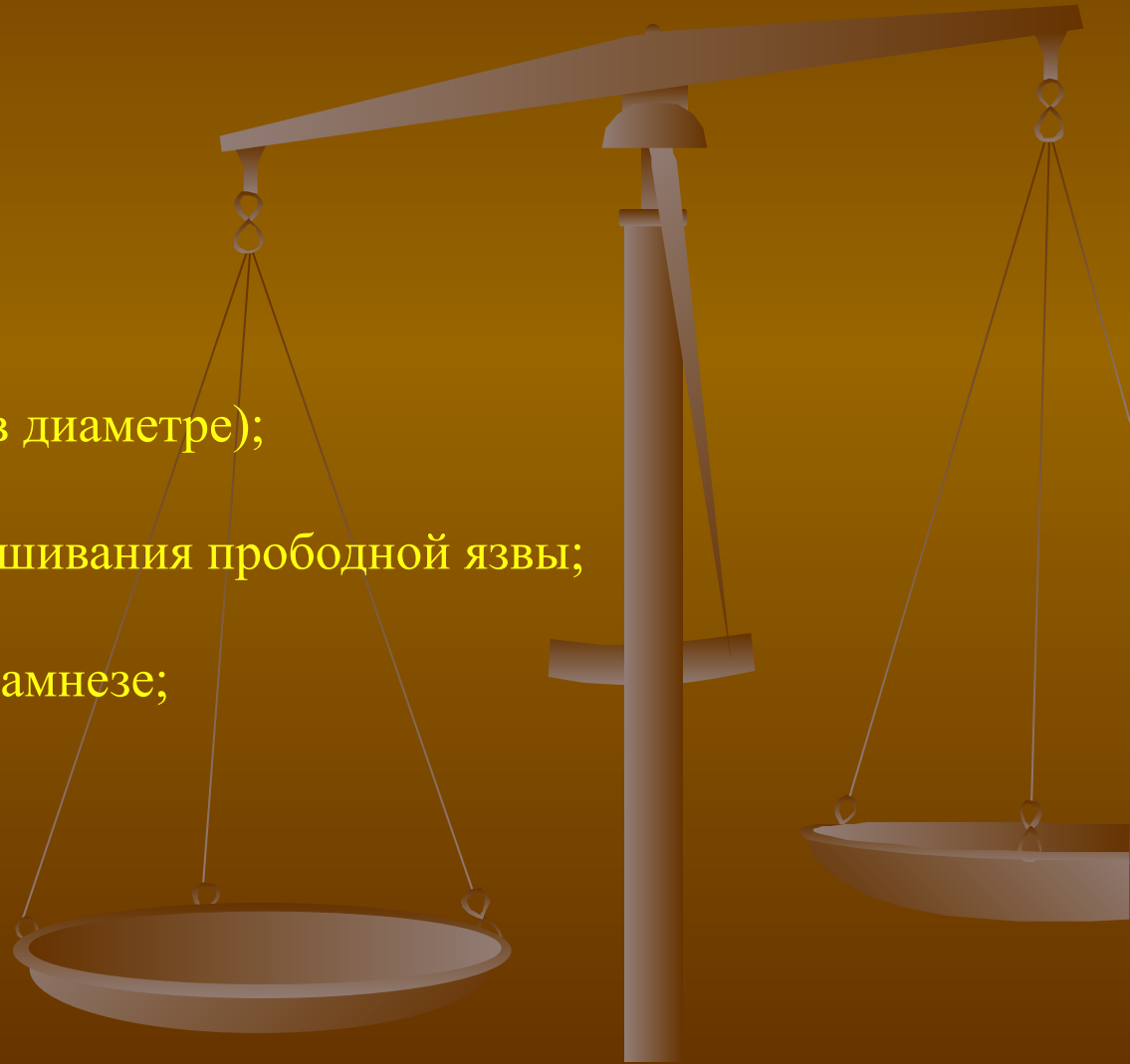
**Абсолютными показаниями являются:**

- ❖ перфорация язвы;
- ❖ профузное гастродуоденальное кровотечение;
- ❖ грубые рубцовые деформации, нарушающие эвакуацию из желудка:
  - а) стеноз привратника;
  - б) деформация желудка типа "песочных часов";
  - в) кيسетный желудок»
- ❖ обоснованное подозрение на злокачественный характер язвы.



Относительные показания (почти целиком относятся к дуоденальным язвам):

- 1) висцеропатическая стадия заболевания;
- 2) пенетрация язвы;
- 3) множественные язвы;
- 4) сочетанные язвы;
- 5) гигантские язвы (более 3 см в диаметре);
- 6) рецидив заболевания после ушивания прободной язвы;
- 7) повторные кровотечения в анамнезе;
- 8) язвы пилорического канала;
- 9) возраст старше 50 лет.



# ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Частота.** От 3 до 30% по отношению ко всем больным язв. болезнью. В основном у мужчин в возрасте от 30 до 40 лет. У женщин в 1-8%. Наиболее часто (70-75%)- язвы 12-п. кишки, реже – язвы желудка. Чаще в весенне-осенние месяцы (в периоды обострения язв. б-ни).

**Факторы, способствующие прободению.** Внезапное сокращение мышц брюшного пресса при травме, физическом напряжении с повышением внутрижелудочного давления, переполнение желудка едой, прием алкоголя. 42% всех прободений происходит в послеобеденное время (переполнение и растяжение желудка, активное пептическое действие желудочного сока), но м.б. и при пустом желудке, в состоянии покоя, во сне. Важную роль играет неблагоприятные психо-эмоциональные воздействия.

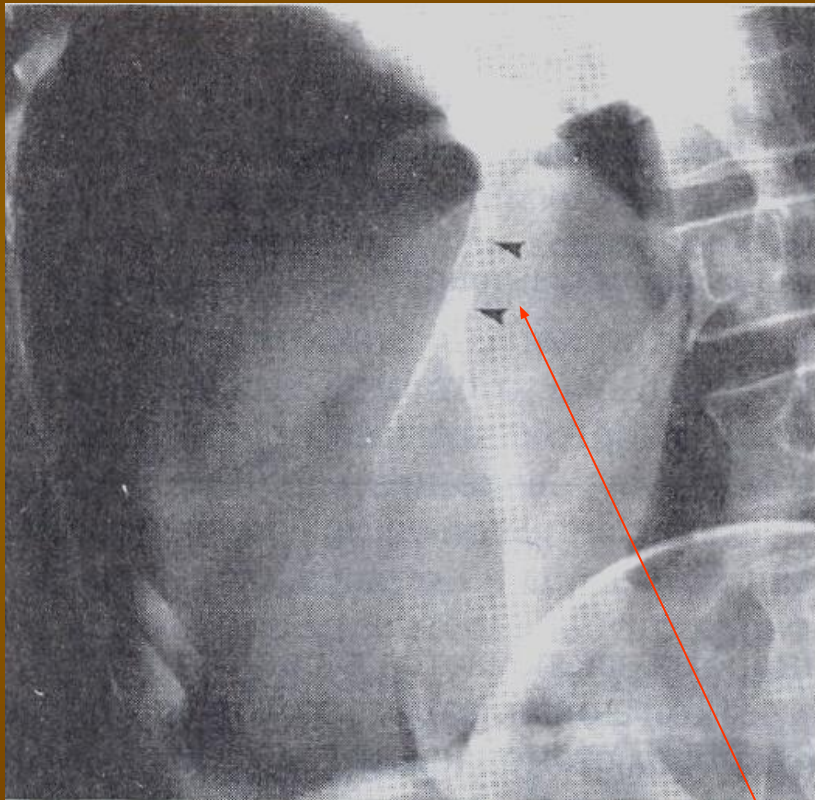
## **Классификация.**

1. **Открытая перфорация** в свободную бр.полость (87%).
2. **Прикрытая перфорация** (от 5 до 9%), когда прободное отверстие прикрывается сальником, долей печени, поперечной ободочной кишкой, кусочком пищи, слизью и т.д.
3. **Атипичные формы** – в забрюшинную клетчатку, мал. сальник и пр.

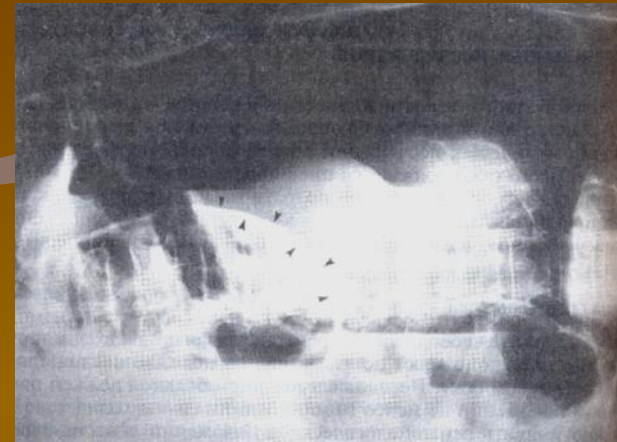
# Клиническая картина открытой перфорации.

- 1. Внезапная жестокая боль в верхней половине живота:** кинжальная боль, в первые часы – в эпигастрии при желудочных язвах или в правом подреберье при дуоденальных язвах (когда жидкость спускается по правому боковому каналу до подвздошной ямки, может симулировать острый аппендицит), затем – по всему животу. В отличие от болей при непроходимости больные лежат неподвижно, т.к. всякое движение усиливает боль.  
Иногда больные принимают «позу мадонны» (сидя, пригнувшись к согнутым коленям и охватив их руками). Боль может иррадиировать в область правой ключицы или лопатки
- 2. Напряжение мышц передней брюшной стенки: «доскообразный живот».**  
Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В дальнейшем напряжение мышц ослабевает, нарастает вздутие живота.
- 3. Наличие язвенного анамнеза.** Могут предшествовать симптомы обострения язвенной б-ни (боли в животе, тошнота и т.д.)
- 4. Вспомогательные признаки** – рвота (у 20%), задержка стула и газов, жажда, сухость во рту, страдальческое выражение лица, бледность кожных покровов.
- 5. Исчезновение зоны печеночной тупости и замена её тимпанитом.**

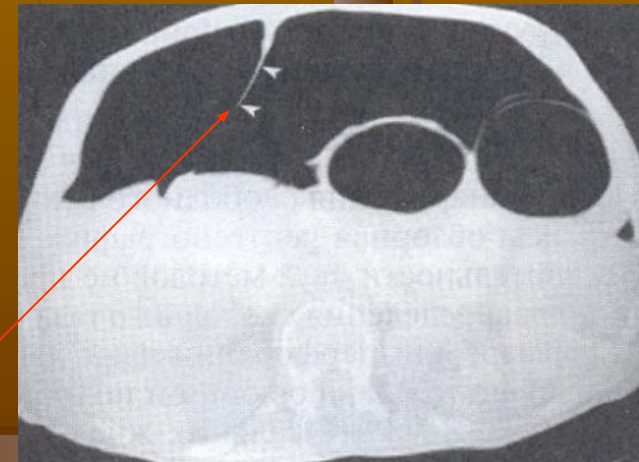
**Абсолютный признак – появление на Р-гр  
свободного газа в брюшной полости  
чаще под правым куполом диафрагмы**



**Р-гр в вертикальной позиции  
Стрелками обозначена серповидная  
связка печени**

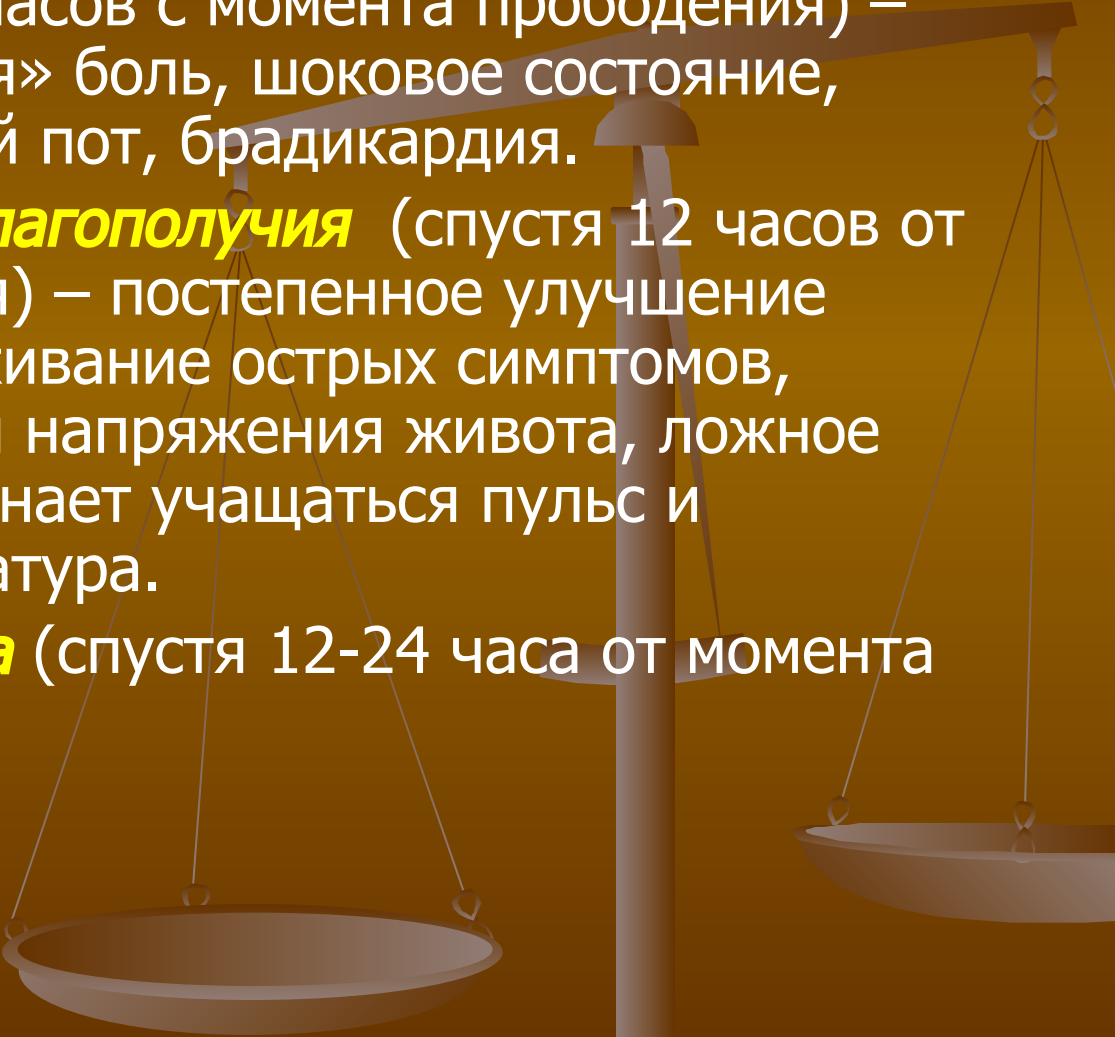


**Р-гр лежа на спине**



**Компьютерная томограмма**

# Клиническое течение открытой перфорации.

1. **Период шока** (до 6 часов с момента прободения) – острая, «кинжальная» боль, шоковое состояние, бледность, холодный пот, брадикардия.
  2. **Период мнимого благополучия** (спустя 12 часов от момента прободения) – постепенное улучшение самочувствия, сглаживание острых симптомов, уменьшение болей и напряжения живота, ложное успокоение, но начинает учащаться пульс и повышается температура.
  3. **Период перитонита** (спустя 12-24 часа от момента прободения).
- 



# Клиническая картина и течение прикрытого прободения.

Для прикрытой перфорации характерны 2 периода:

- 1. Типичная клиническая картина открытого прободения.**
- 2. Постепенное исчезновение симптомов прободной язвы.**

В течение первых 2-3 часов боли ослабевают или стихают. Общее состояние больного улучшается. Напряжение мышц брюшной стенки уменьшается или исчезает, за исключением правого верхнего квадранта живота, где напряжение мышц держится в течение нескольких дней при общем хорошем состоянии больного (симптом Ратнера-Виккера).

**Диагноз устанавливают по совокупности данных:** выраженное напряжение мышц правого верхнего квадранта живота после внезапной резкой боли в эпигастрии, особенно при наличии язвенного анамнеза.

**Наличие следов свободного газа в брюшной полости при рентгенологическом исследовании решает д-з.**

# Диагноз прободения – абсолютное показание к срочной операции.

**Наиболее распространенное вмешательство - ушивание прободной язвы двухрядным швом, при сомнениях в герметичности – подшив. сальника.**

## **Показания к резекции желудка при прободной язве.**

Подозрение или данные за малигнизацию язвы.

Сочетание прободения с другими осложнениями – кровотечением, стенозом.

Случаи, когда ушивание прободной язвы неминуемо приведет к сужению 12-перстной кишки с последующим нарушением эвакуации из желудка.

Повторные перфорации.

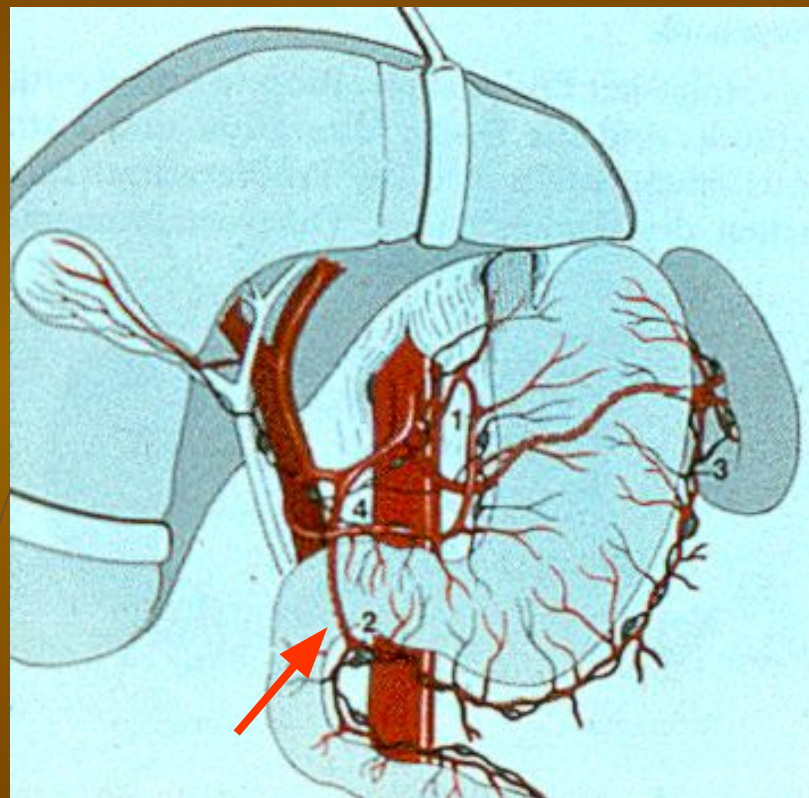
**При перфоративной язве 12-перстной кишки** некоторые хирурги применяют иссечение язвы, пилоропластику и ваготомию.

**Консервативное лечение** – в исключительных случаях, когда выполнить срочную операцию невозможно (при отсутствии хирурга, в полевых условиях).

**Аспирационный метод Тейлора** – постоянное или периодическое (каждые 15 минут) отсасывание содержимого желудка, антибиотики широкого спектра, голод. Как только появляется возможность, больного оперируют.

# Острые язвенные кровотечения.

**Частота.** Острые кровотечения различной интенсивности отмечаются у 10-15% больных язвенной б-нью. Особенно опасны язвы на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки в связи с возможностью аррозии проходящих здесь крупных ветвей желудочно-дуоденальной артерии.



# Клиническая картина острого язвенного кровотечения

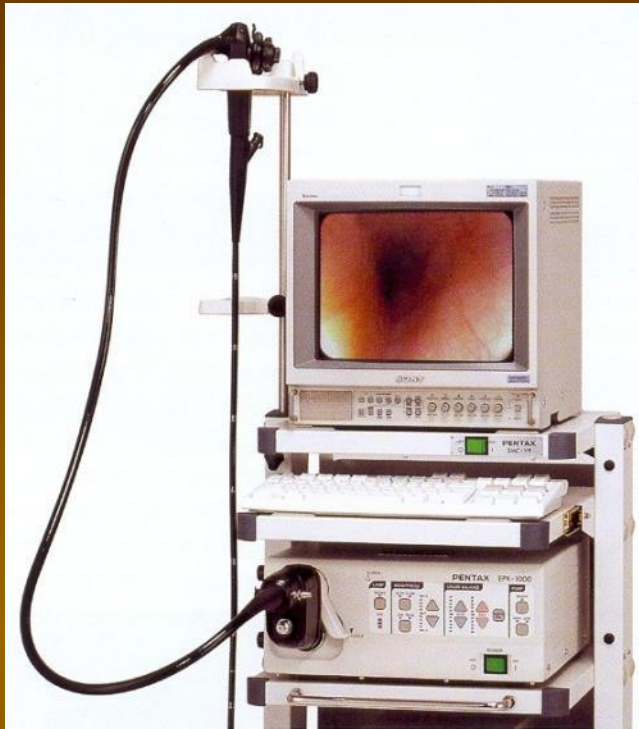
Как правило, больные жалуются на резкую слабость, головокружение, шум в голове и ушах, жажду, холодный липкий пот, которые нередко возникают среди полного здоровья или на фоне обострения язвенной б-ни. Часто отмечается рвота "кофейной гущей", реже - кровью, мелена.

Все больные с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение требуют срочной госпитализации в хирургическое отделение, где ещё до установления точной причины кровотечения назначают т.н.

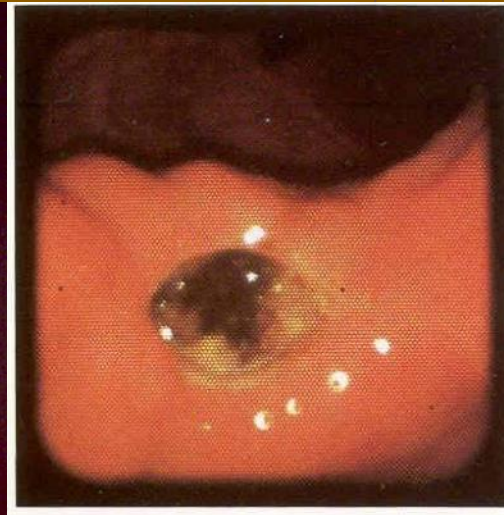
**эмпирическое лечение:** промывание желудка ледяным раствором, парентеральное введение H<sup>+</sup>-блокаторов и ингибиторов протоновой помпы

В большинстве случаев такое лечение позволяет остановить или хотя бы уменьшить интенсивность кровотечения и подготовить больного к обследованию.

# Диагностика.



Главную роль играет **эндоскопия**. В подавляющем большинстве случаев гастроскопия позволяет определить локализацию и интенсивность кровотечения.



# ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ.

**Частота** – 7-13%

**Причины:** 1. Формирование стягивающего рубца при заживлении язвы, суживающего выход из желудка;  
2. Воспалительный инфильтрат в области язвы при активном язвенном процессе, сдавливающий пилорический канал или просвет луковицы ДПК  
3. Массивный перипроцесс вне полости желудка (перигастрит, перидуоденит), сдавливающий пилорический канал или просвет луковицы ДПК.

**Локализация:** Пилорический канал или начальный отдел ДПК (луковица ДПК)

# Клиническая картина пилородуоденального стеноза

- Стадии:**
- 1. Компенсированная.** Чувство полноты, переполнения желудка после еды, отрыжка кислым, изредка рвота. В результате компенсаторной гипертрофии мышечных элементов желудочной стенки желудок преодолевает повышенное сопротивление в области сужения и эвакуация содержимого практически не страдает.
  - 2. Субкомпенсированная.** При увеличении степени сужения выходного отдела мышцы желудка не в состоянии полностью эвакуировать содержимое и оно задерживается в желудке. Усиливается чувство тяжести и переполнения желудка, особенно к вечеру. Отрыжка с «запахом тухлого яйца», иногда обильная рвота, после которой наступает облегчение, что вынуждает больных вызывать её искусственно. «Шум плеска» в желудке натошак. Слабость, похудание.  
При RG наличие жидкости в желудке натошак, замедление эвакуации до 12-14 час.
  - 3. Декомпенсированная.** Гипертрофия мышц желудка сменяется атонией, желудок растягивается и опускается в малый таз. В желудке натошак постоянно много жидкого содержимого. Постоянная отрыжка кислым, неприятный запах изо рта, частая рвота. В запущенных случаях рвота не помогает опорожнить желудок и приходится применять зонд. Наступает обезвоживание и истощение, белковый, водный и солевой дефицит, нарушения кальцевого обмена вызывает гастрогенную тетанию и развитие судорог.  
При RG наличие большого количества жидкости в желудке натошак, увеличение и опущение желудка, замедление эвакуации до 24 час и более.

*“В первой стадии больной живет содой, во второй – живет рвотой, в третьей - живет зондом”*

# Дифференциальная диагностика и лечение пилородуоденального стеноза

## ■ Дифференциальная диагностика

1. Раковый стеноз выходного отдела желудка – эндоскопия, биопсия.

2. Функциональный пилороспазм и воспалительный отек вокруг язвы – эндоскопия, результаты лечения.

■ **Лечение.** Органический стеноз привратника является абсолютным показанием к операции. При декомпенсированных формах показана предоперационная подготовка.



# ПЕНЕТРИРУЮЩИЕ ЯЗВЫ.

- В процессе прогрессирования язва постепенно разрушает стенку желудка или 12-перстной кишки и проникает в соседний орган, ткань которого становится дном язвы.
- **Характерные особенности.** 1. Пенетрация чаще наблюдается у лиц среднего и пожилого возраста с длительно существующими «калезными» язвами.
- 2. Пенетрируют преимущественно язвы, локализующиеся на задней стенке желудка и 12-перстной кишки, или на малой кривизне желудка.
- 3. Язвы наиболее часто пенетрируют в поджелудочную железу, реже – в печень, брыжейку и стенку поперечной ободочной кишки, малый и большой сальник, печеночно-дуоденальную связку, желчный пузырь, селезенку, диафрагму.



# Клиническая картина пенетрации.

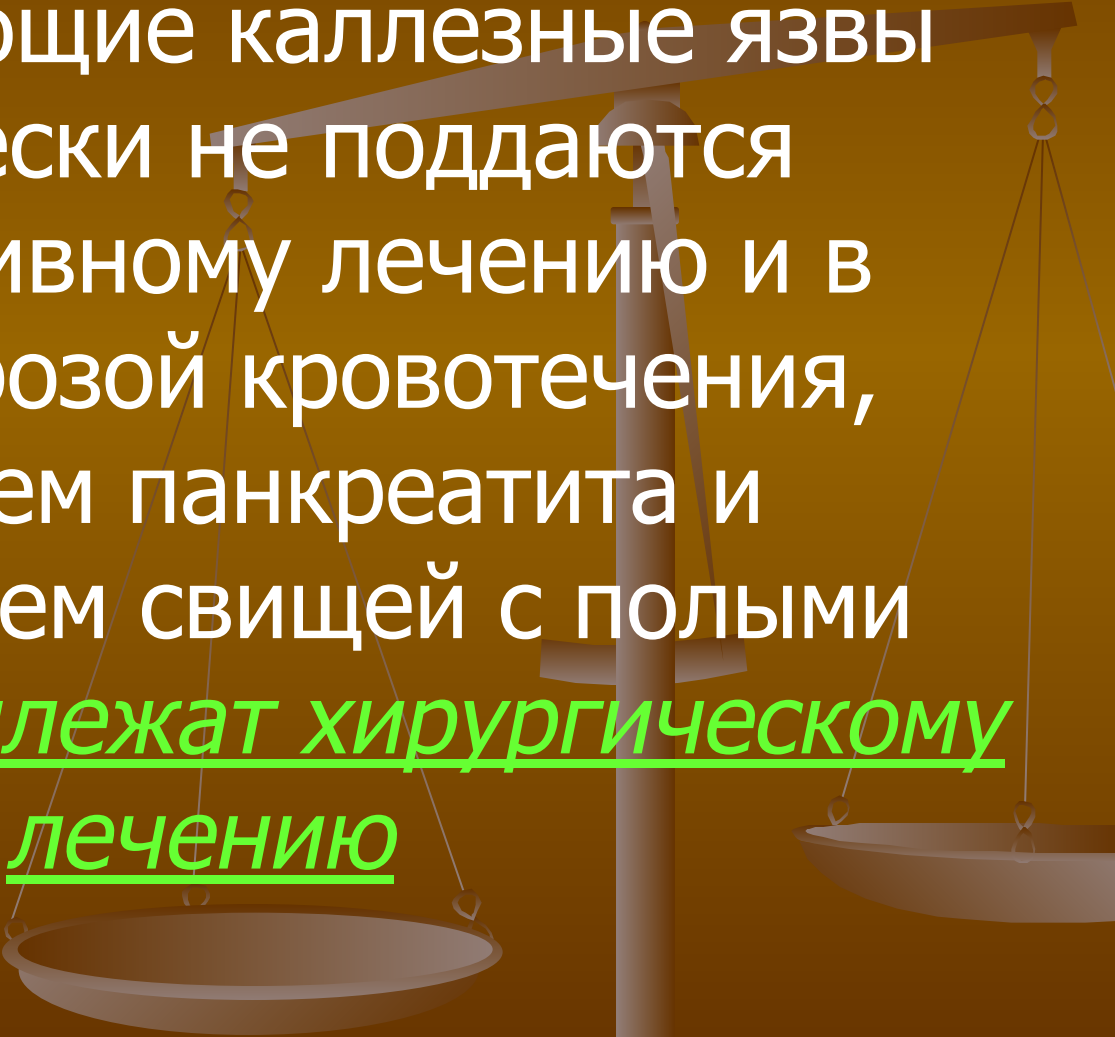
- Зависит от длительности заболевания. Появляются упорные, не поддающиеся лечению **боли**. Пытаясь их уменьшить, больные постоянно пользуются грелками, отчего на коже в подложечной области появляется пятнистая пигментация – «тигровая кожа». Боли сопровождаются характерной **иррадиацией в различные области тела**, в зависимости от органа, в который пенетрирует язва. Для язв, пенетрирующих в поджелудочную железу, характерны сильные боли, отдающие в спину; при пенетрации в печень – боли иррадиируют в плечо, надплечье, лопатку; язвы, пенетрирующие в малый сальник, причиняют интенсивные боли с иррадиацией в позвоночник.
- Характерны **диспептические расстройства** – снижение аппетита, тошнота, рвота, поносы. В отличие от неосложненных язв при пенетрации после рвоты не наступает облегчения.

# Осложнения пенетрирующих язв

- Пенетрирующие язвы 12-перстной кишки или пилорической области часто приводят к **МАССИВНЫМ кровотечениям** ввиду близости панкреатодуоденальной артерии и возможности её аррозии. Эти язвы нередко обуславливают развитие хронического панкреатита.
- Пенетрация язв *может привести к* **ВОЗНИКНОВЕНИЮ свищей** – холедоходуоденальных (при пенетрации язвы 12-перстной кишки в печечно-дуоденальную свзку), желудочно-толстокишечных (при пенетрации язвы желудка в поперечную ободочную кишку) и т.д. Холедоходуоденальные соустья сопровождаются тяжёлыми холангитами и холециститами, желудочно-толстокишечные свищи – зловонной отрыжкой, поносами, резким исхуданием больных и пр.

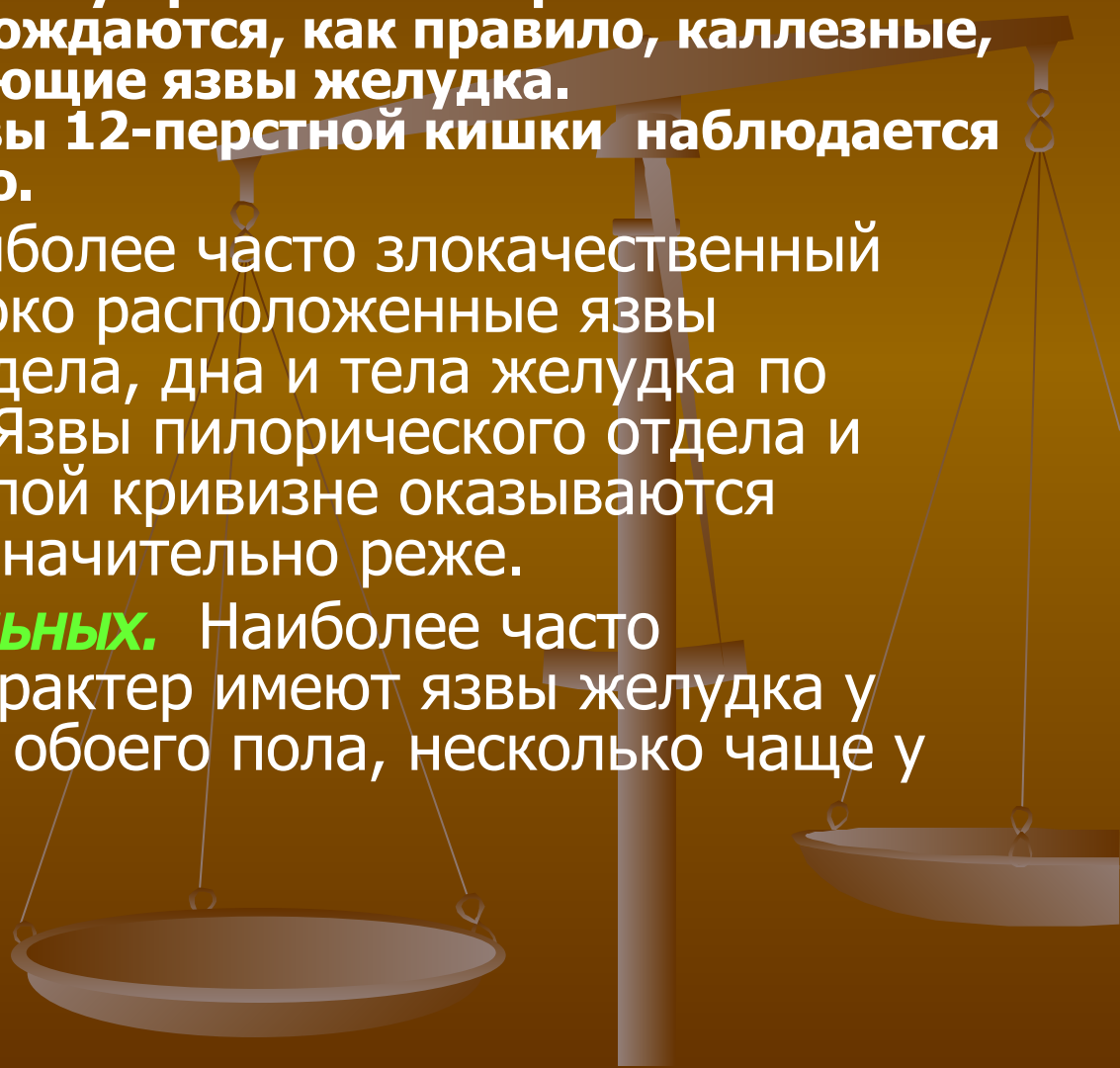
# Лечение пенетрирующих язв

Пенетрирующие каллезные язвы практически не поддаются консервативному лечению и в связи с угрозой кровотечения, развитием панкреатита и образованием свищей с полыми органами подлежат хирургическому лечению



# Малигнизация язв.

- Точно определить частоту малигнизации язв желудка непросто в связи с тем, что нередко за малигнизированную язву принимают первично-язвенный рак. Перерождаются, как правило, каллезные, длительно незаживающие язвы желудка. Злокачественные язвы 12-перстной кишки наблюдается исключительно редко.
- **Локализация.** Наиболее часто злокачественный характер носят высоко расположенные язвы субкардиального отдела, дна и тела желудка по большой кривизне. Язвы пилорического отдела и тела желудка по малой кривизне оказываются злокачественными значительно реже.
- **Возраст и пол больных.** Наиболее часто злокачественный характер имеют язвы желудка у пожилых пациентов обоего пола, несколько чаще у мужчин.



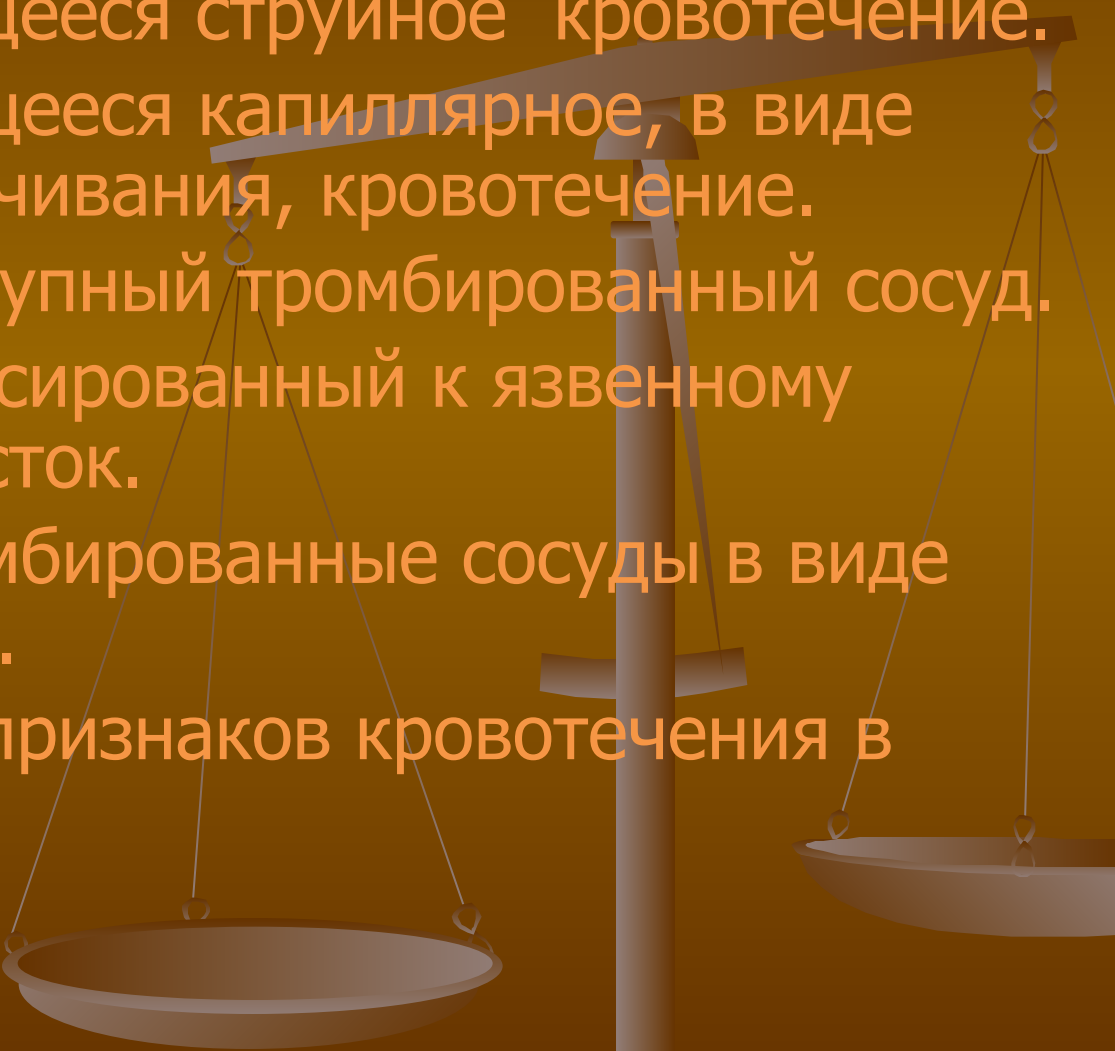
# Диагностика.

Главную роль в диагностике злокачественных язв желудка играет *гастроскопия с биопсией и морфологическое исследование биоптатов.*

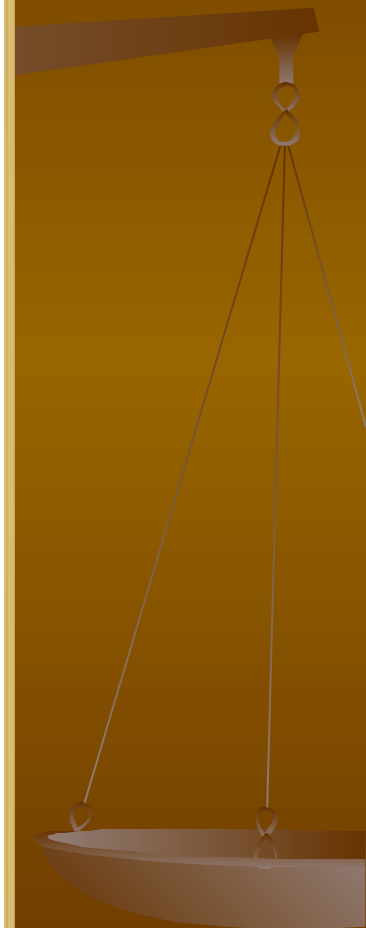
Лечение малигнизированных язв – хирургическое

# Классификация кровотечений по J. Forrest (1974г.)

---

- F Ia – продолжающееся струйное кровотечение.
  - F Ib – продолжающееся капиллярное, в виде диффузного просачивания, кровотечение.
  - F IIa – видимый крупный тромбированный сосуд.
  - F IIb – плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток.
  - F IIc – мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен.
  - F III – отсутствие признаков кровотечения в язвенном кратере.
- 

# Струйное кровотечение из язвы желудка.



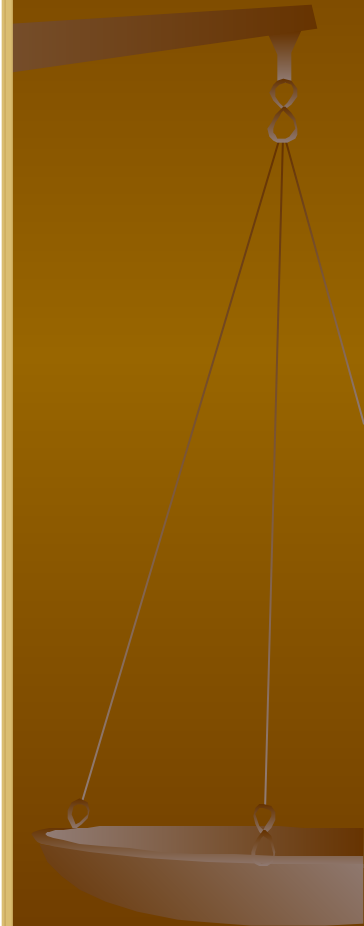


**Бульбарная язва с массивным дуоденальным кровотечением (тромботические массы в просвете желудка). Макропрепарат.**

---

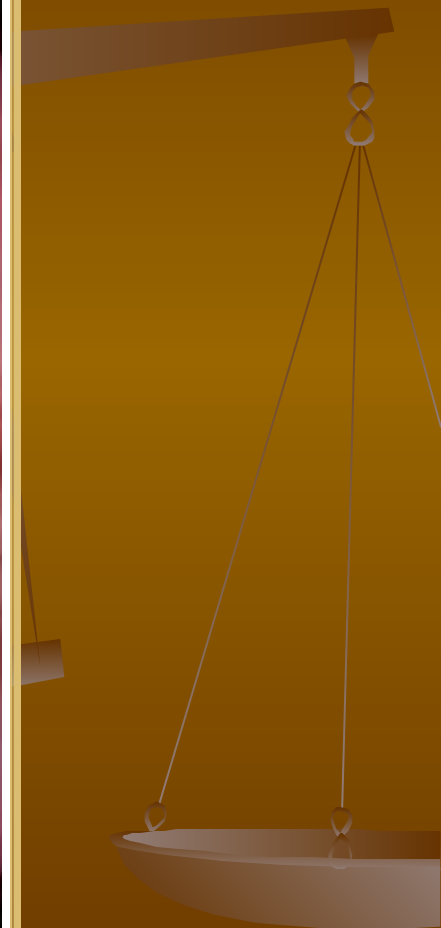


# Кровотечение из края хронической язвы желудка.

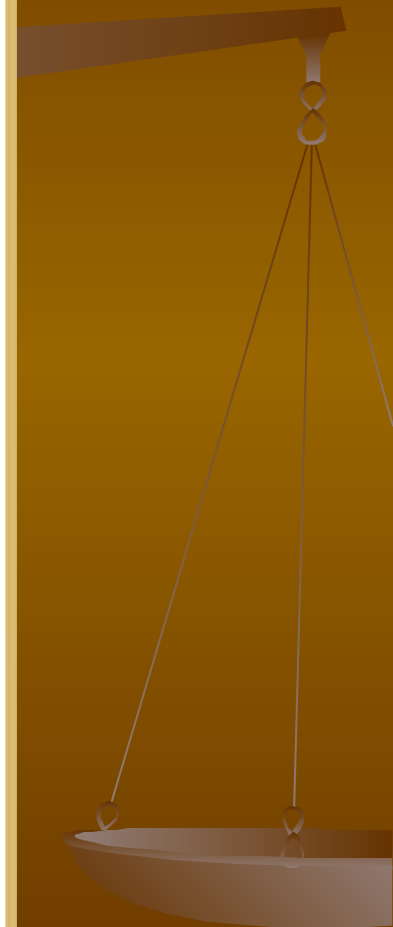
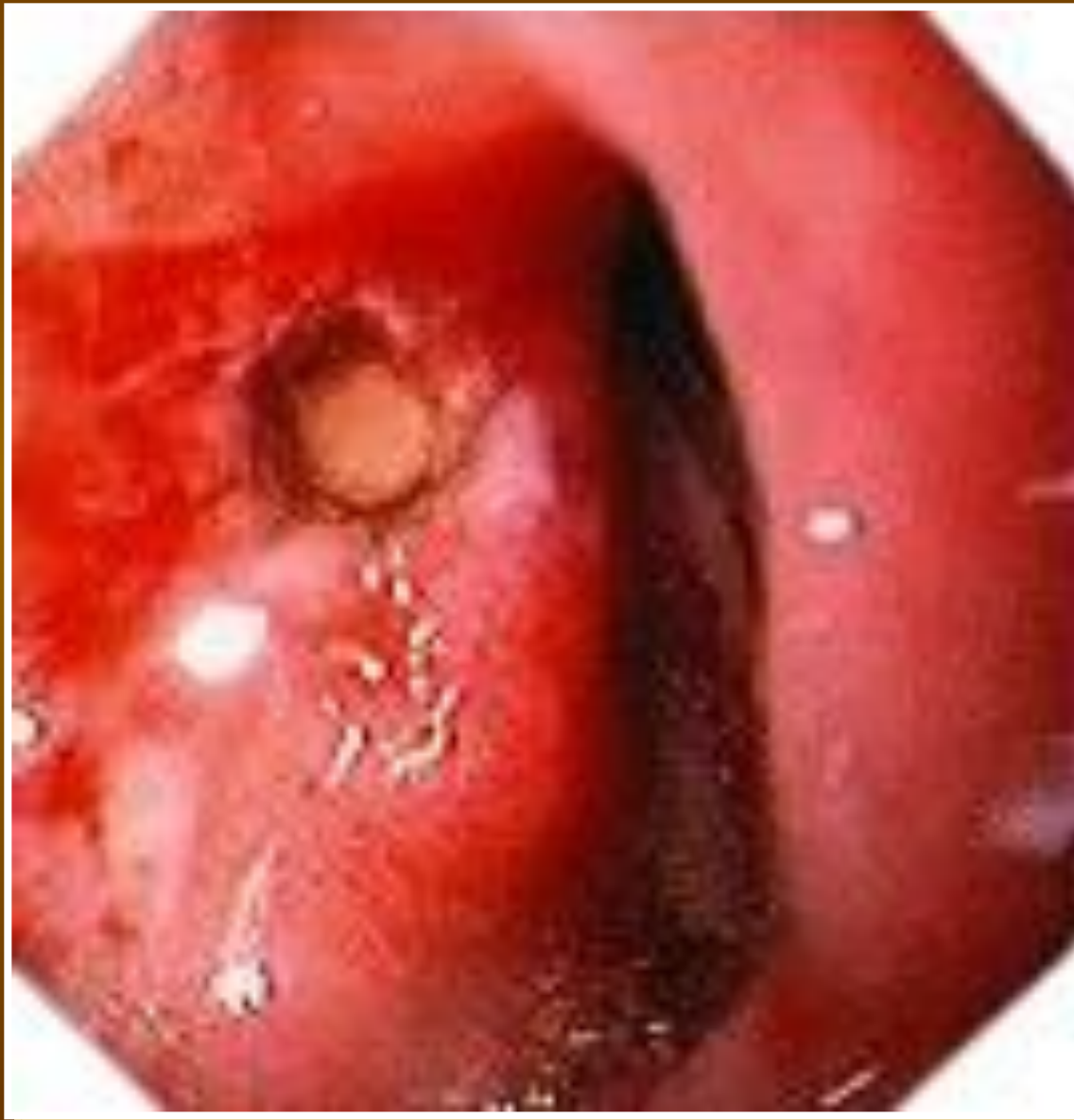


# **В дне язвы сосуды. Признаки состоявшегося кровотечения**

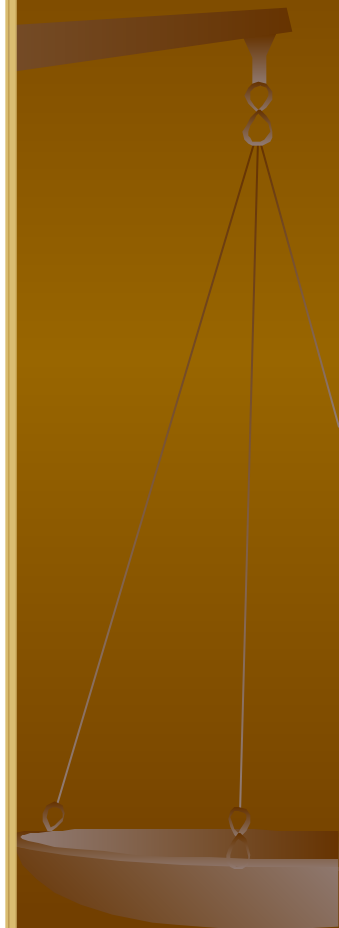
---



# Диффузное кровотечение с краев язвы.



# Тромб в краю хронической язвы желудка.



# Язва 12-ти перстной кишки. Макропрепарат.



# Предоперационный период



# Определение:

Предоперационным периодом называется время пребывания больного в стационаре от момента, когда установлен диагноз и принято решение оперировать больного, до начала операции.

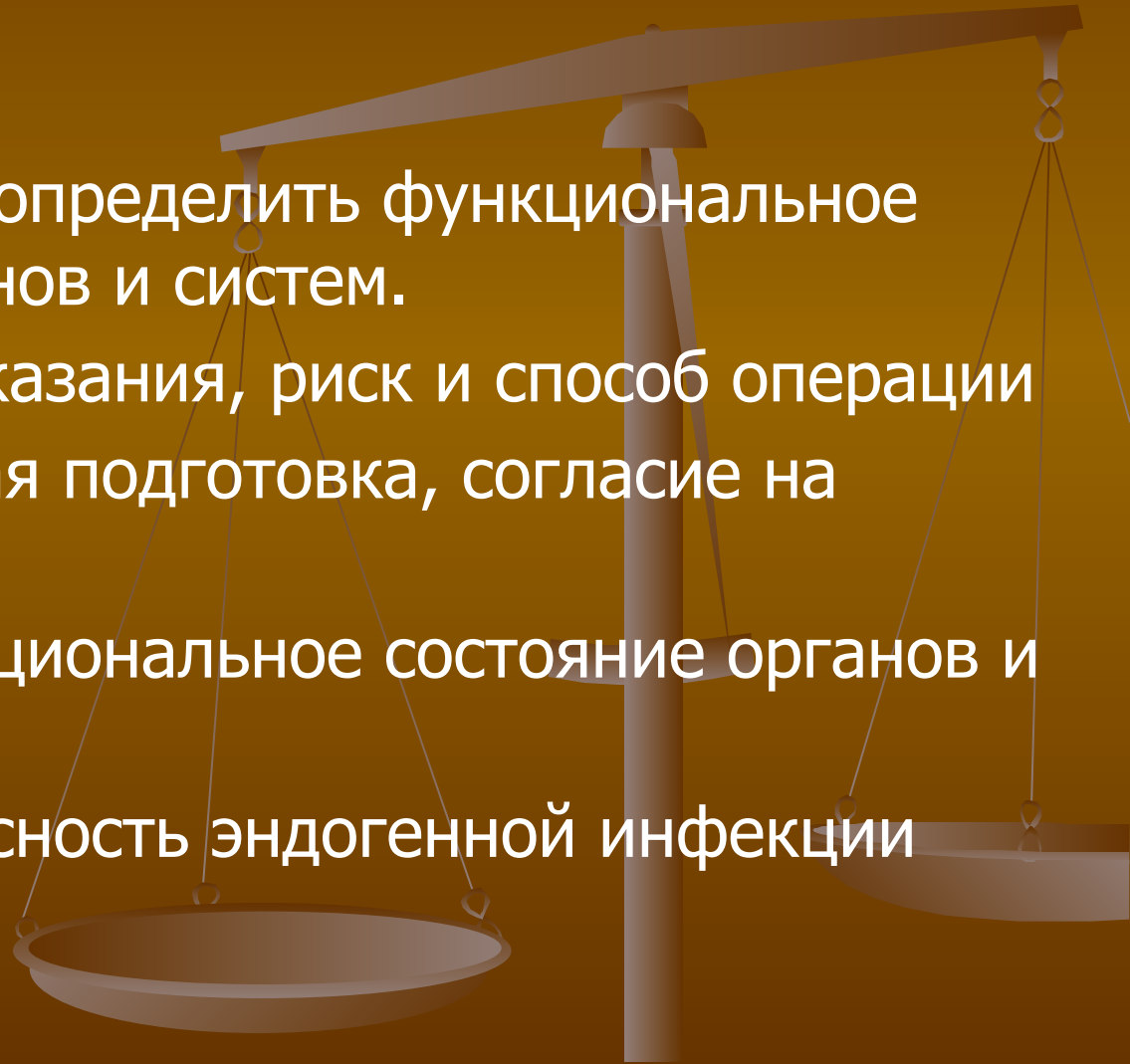
*(иногда предоперационный период может начинаться еще до поступления больного в стационар, если проводятся подготовительные мероприятия)*



# Цель предоперационного периода: уменьшение опасности операции

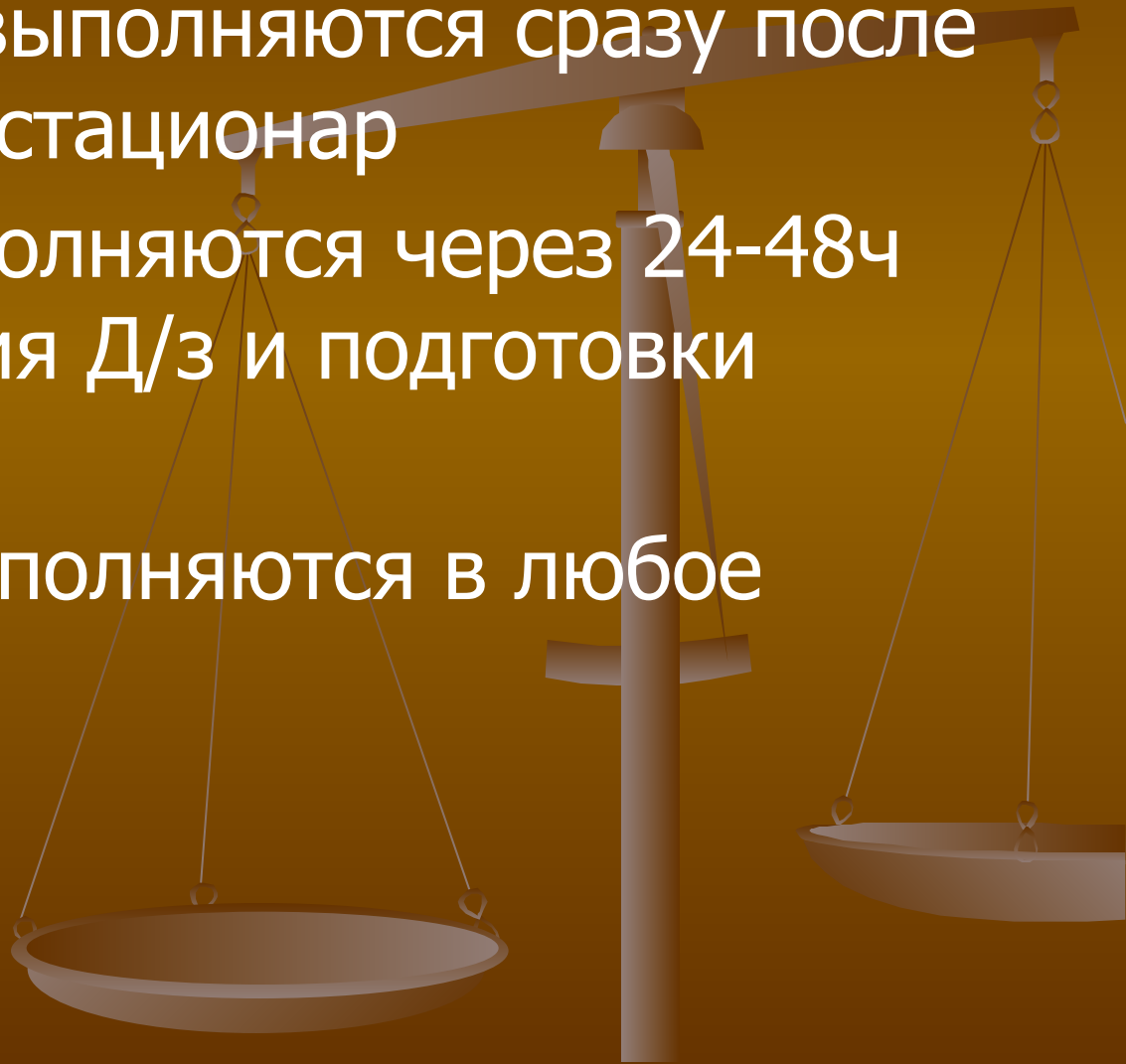
## Задачи ПП:

- Поставить Д/з, определить функциональное состояние органов и систем.
- Определить показания, риск и способ операции
- Психологическая подготовка, согласие на операцию
- Улучшить функциональное состояние органов и систем
- Уменьшить опасность эндогенной инфекции



# Виды операций по времени выполнения:

- Экстренные – выполняются сразу после поступления в стационар
- Срочные – выполняются через 24-48ч после уточнения Д/з и подготовки больного
- Плановые – выполняются в любое время

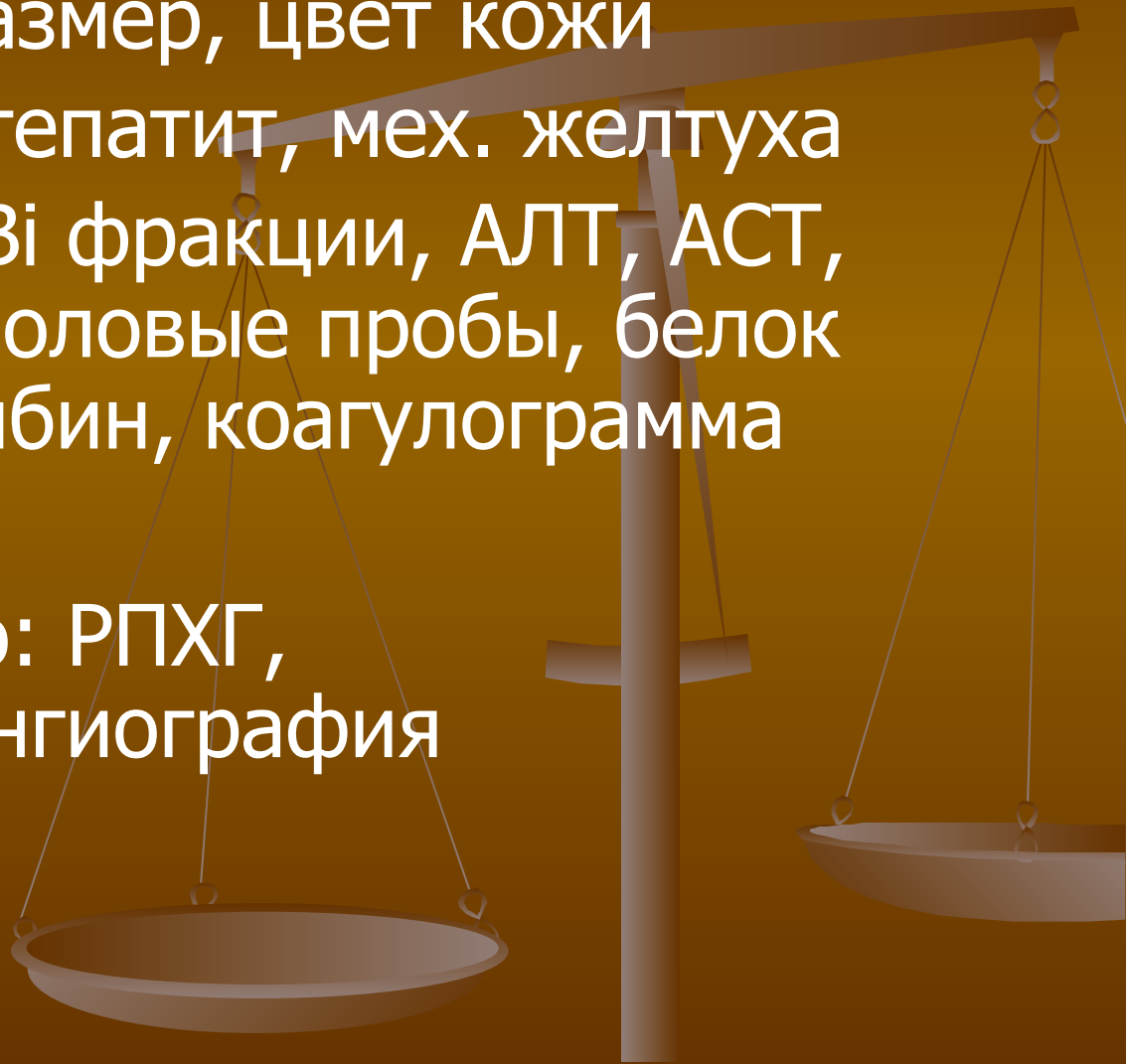


# Исследование органов кровообращения и дыхания

- Физикально: одышка, цианоз, отеки
- Анамнез: о. и хр забол-я легких и сердца
- Нагрузочные пробы
- Ежедневно АД, пульс и ЧДД
- ЭКГ (при норме – однократно)
- Р- графия грудной клетки
- Дополнительно: ФВД,  $pCO_2$ ,  $pO_2$ , бронхоскопия, - графия, реография, дуплексное сканирование, ангиография, функциональные тесты с нагрузкой

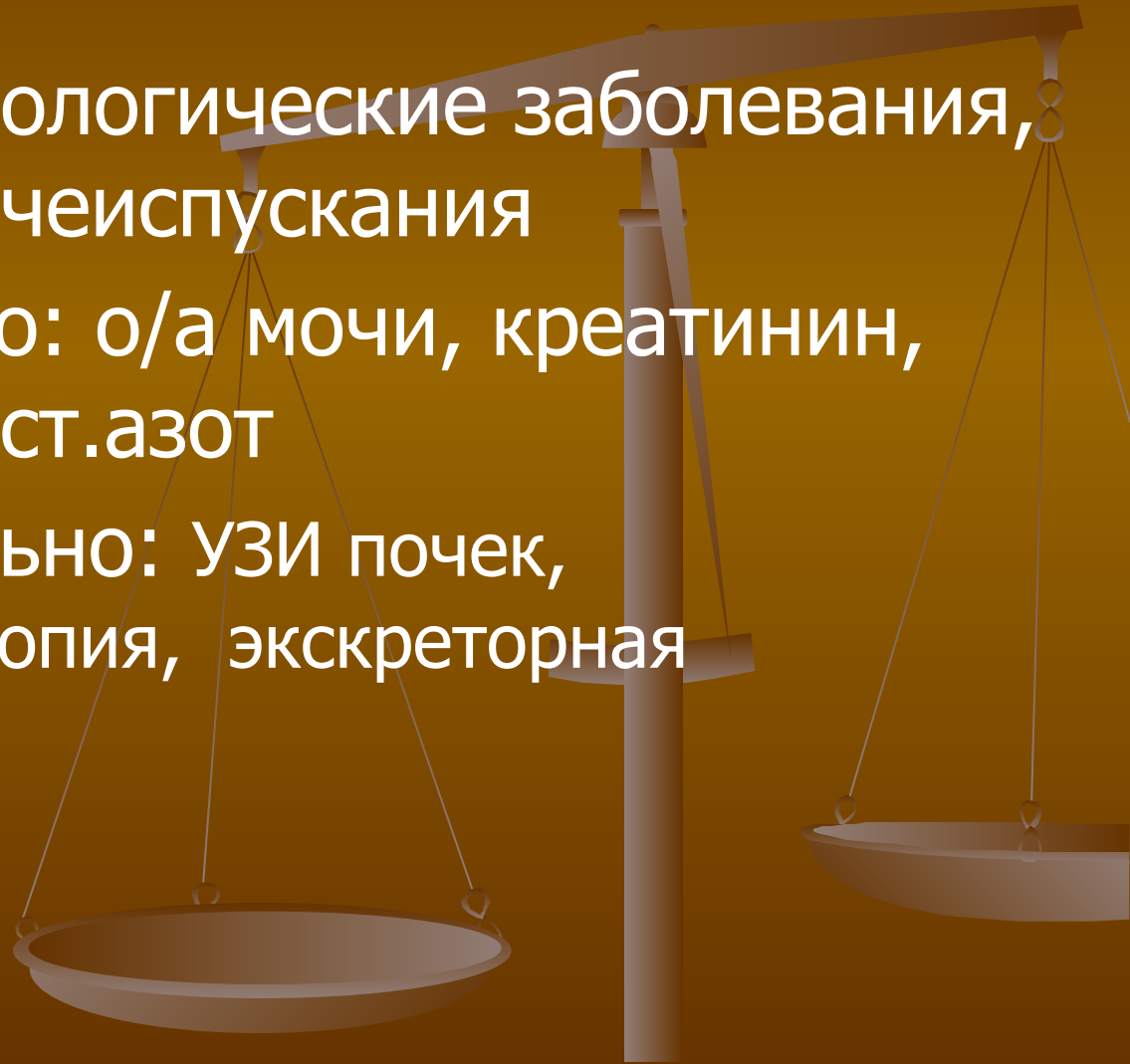
# Исследование печени перед операцией

- Физикально: размер, цвет кожи
- Анамнез: вир. гепатит, мех. желтуха
- Лабораторно: Ві фракции, АЛТ, АСТ, сулемовая, тимоловые пробы, белок крови, протромбин, коагулограмма
- УЗИ
- Дополнительно: РПХГ, холецистохолангиография



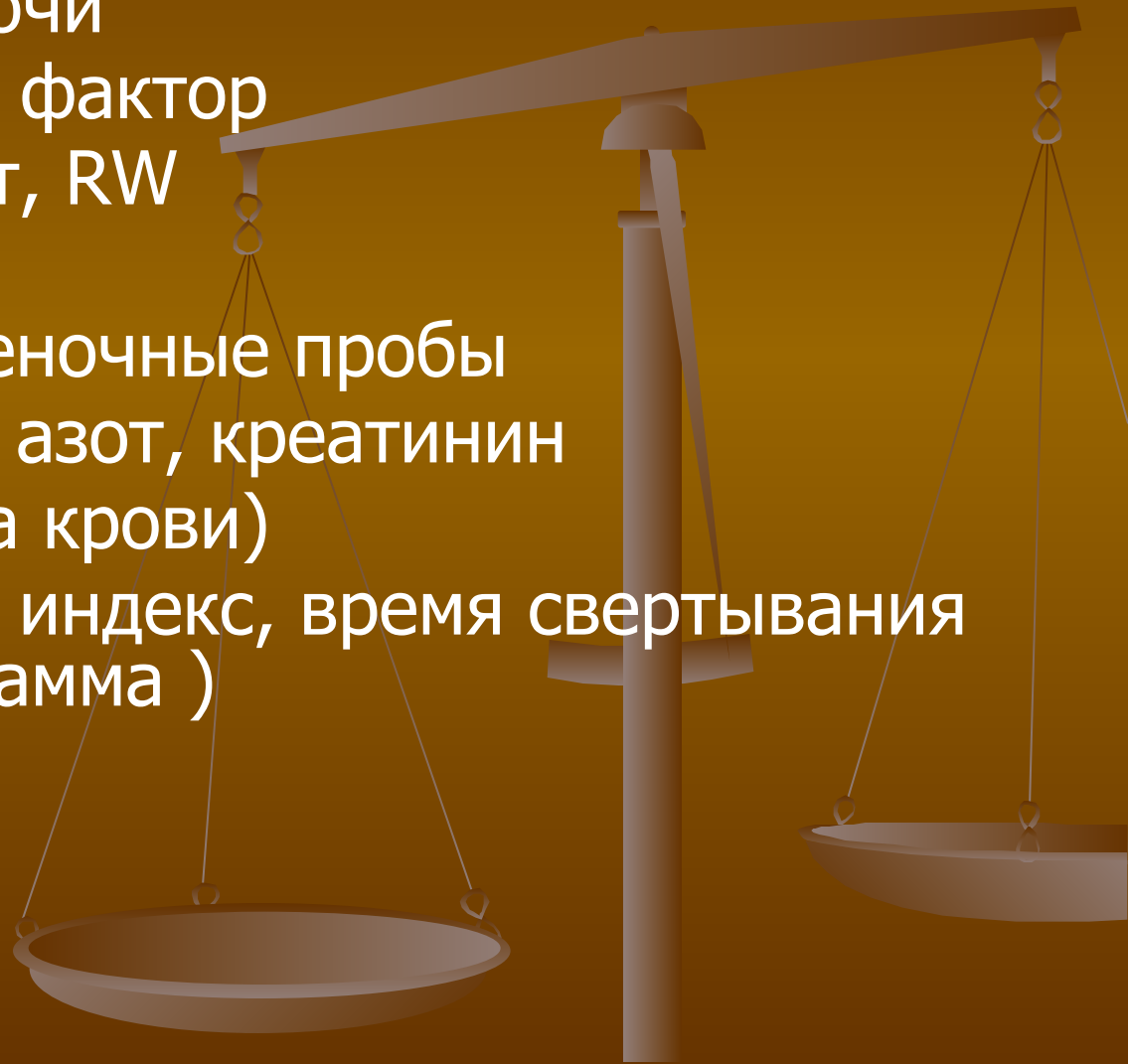
# Предоперационное исследование мочевыделительной системы

- Анамнез: урологические заболевания, качество мочеиспускания
- Лабораторно: о/а мочи, креатинин, мочевины, ост.азот
- Дополнительно: УЗИ почек, хромоцистоскопия, экскреторная урография,



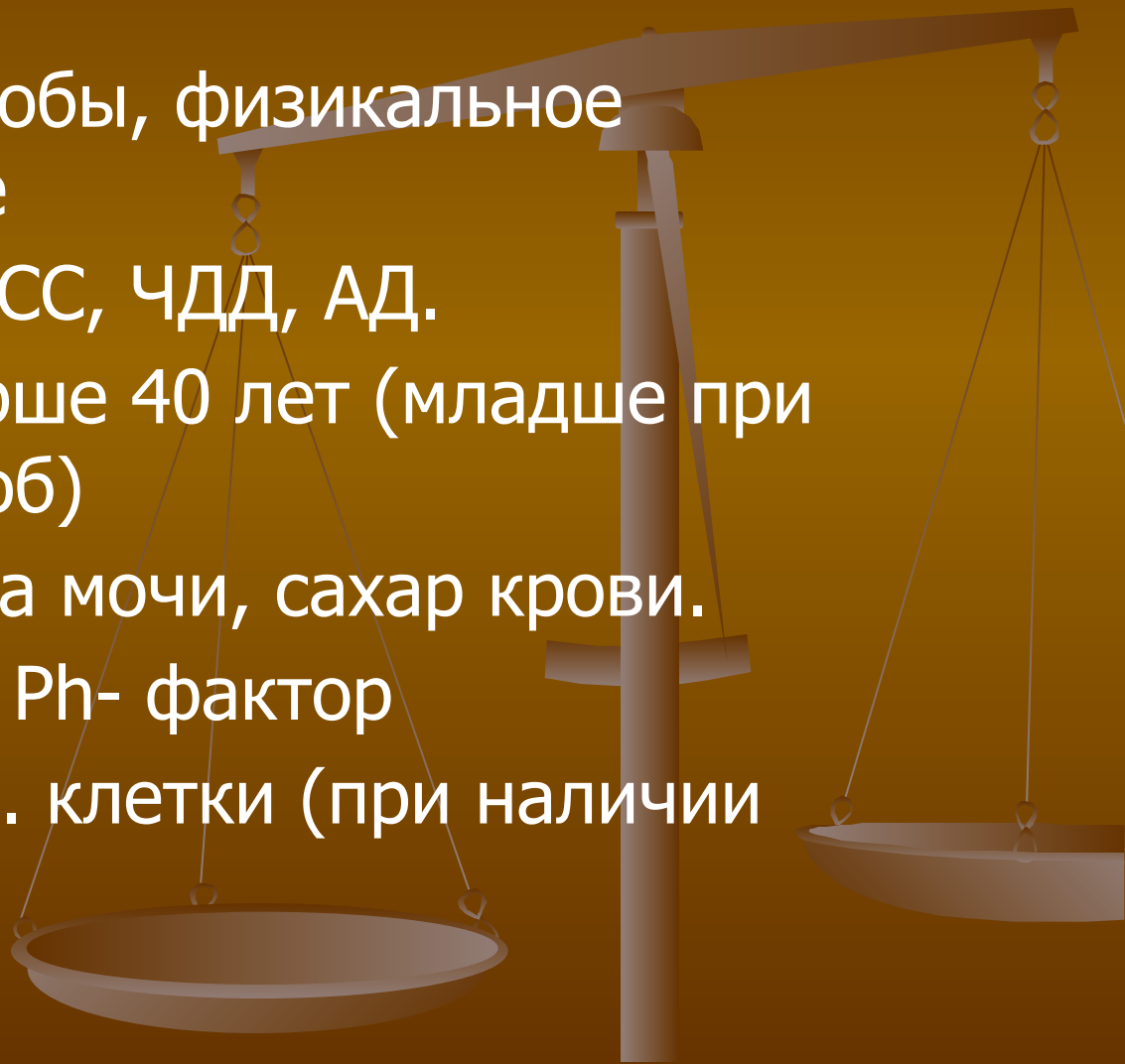
# Примерный набор анализов, выполняемых перед большинством плановых операций в общей хирургии

- О/а крови, О/а мочи
- Группа крови Rh- фактор
- ВИЧ, вир. гепатит, RW
- Сахар крови
- Вi, фракции, печеночные пробы
- Мочевина, остат. азот, креатинин
- Dі мочи, (амилаза крови)
- Протромбиновый индекс, время свертывания крови (коагулограмма )



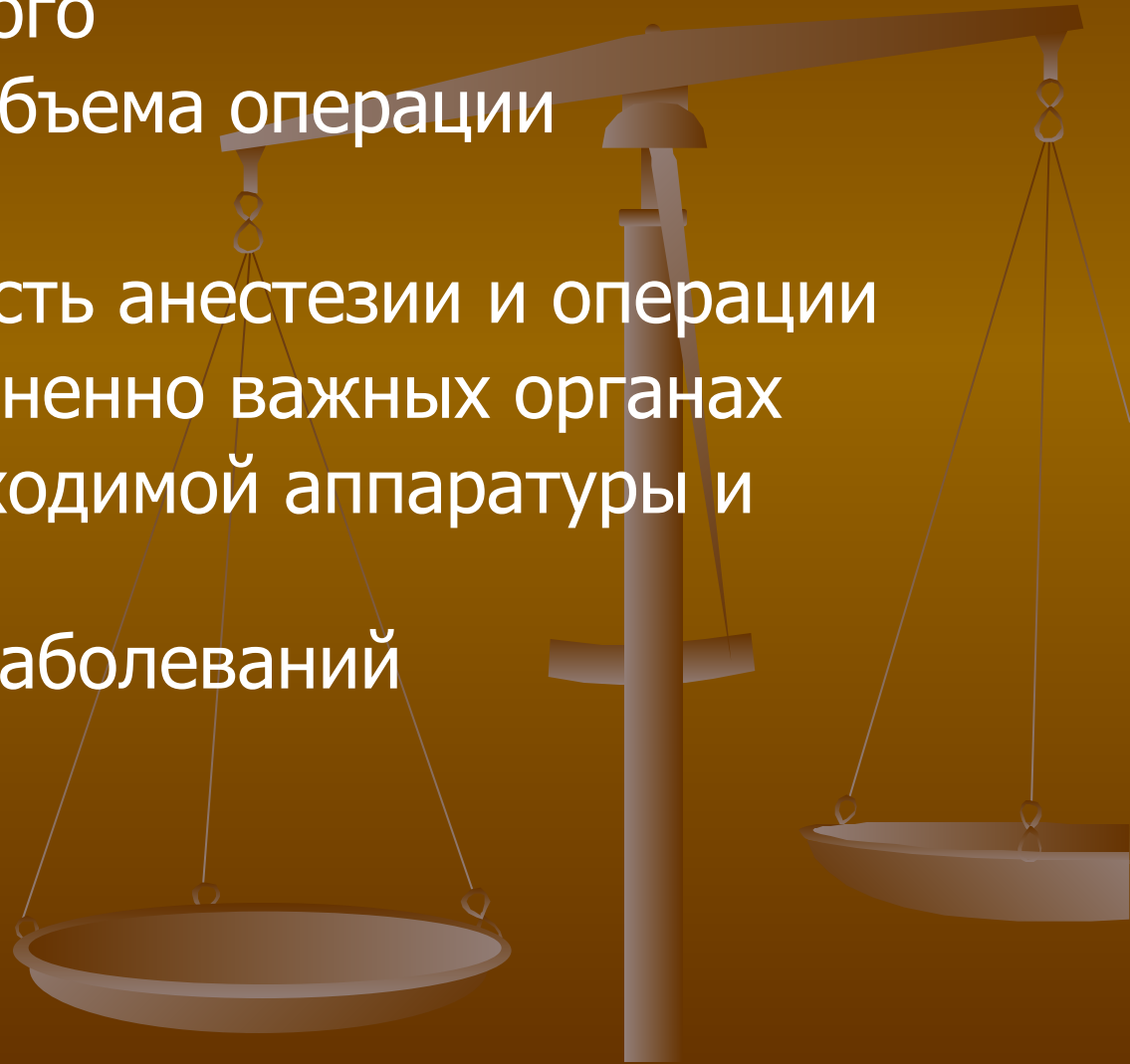
# Минимальное обследование перед экстренной операцией

- Анамнез, жалобы, физикальное обследование
- Измерение ЧСС, ЧДД, АД.
- ЭКГ всем старше 40 лет (младше при наличии жалоб)
- О/а крови, О/а мочи, сахар крови.
- Группа крови Rh- фактор
- Р – графия гр. клетки (при наличии жалоб)



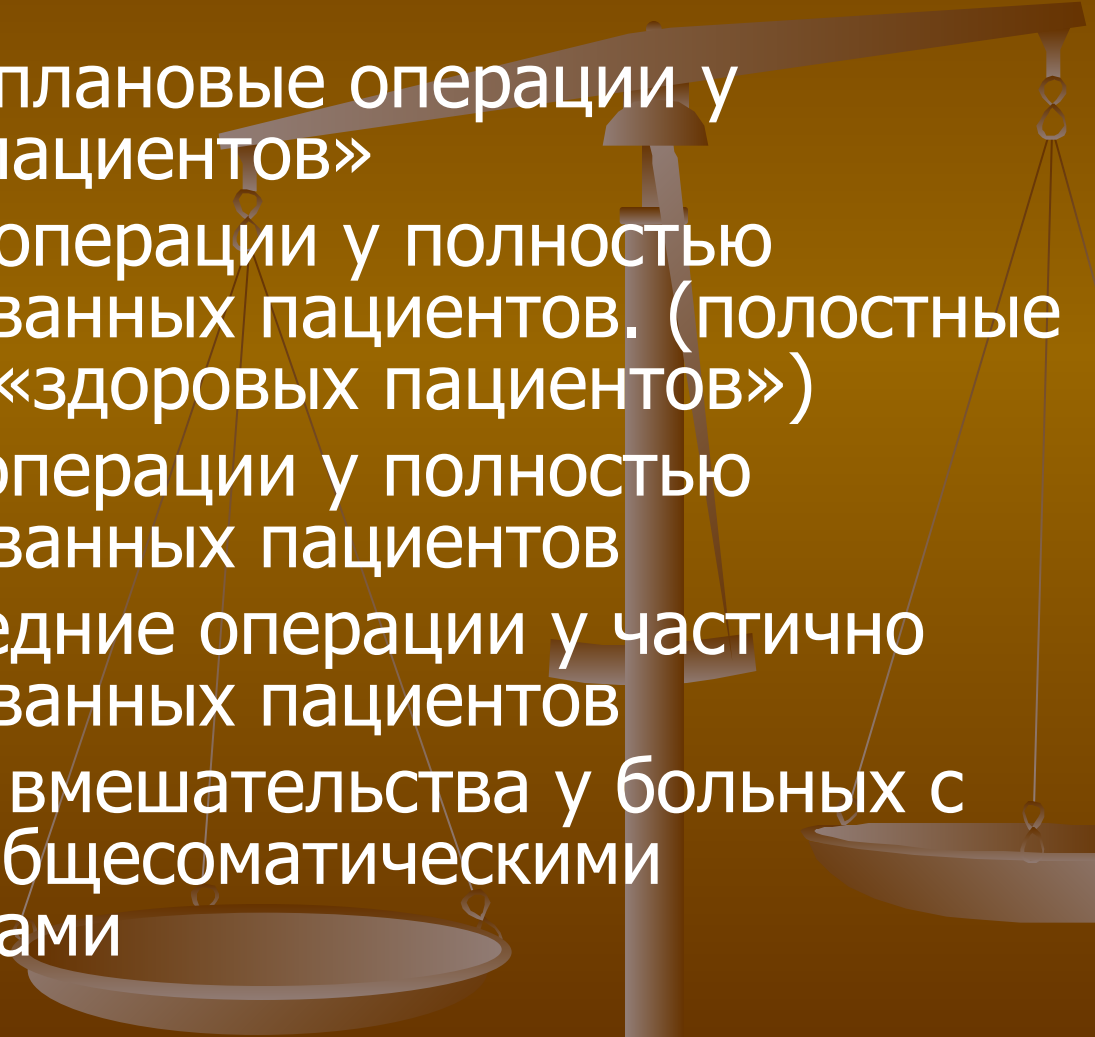
# Риск анестезии и операции зависит от:

- Состояния больного
- Экстренности и объема операции
- Возраста
- Продолжительность анестезии и операции
- Операции на жизненно важных органах
- Отсутствия необходимой аппаратуры и оборудования
- Сопутствующих заболеваний



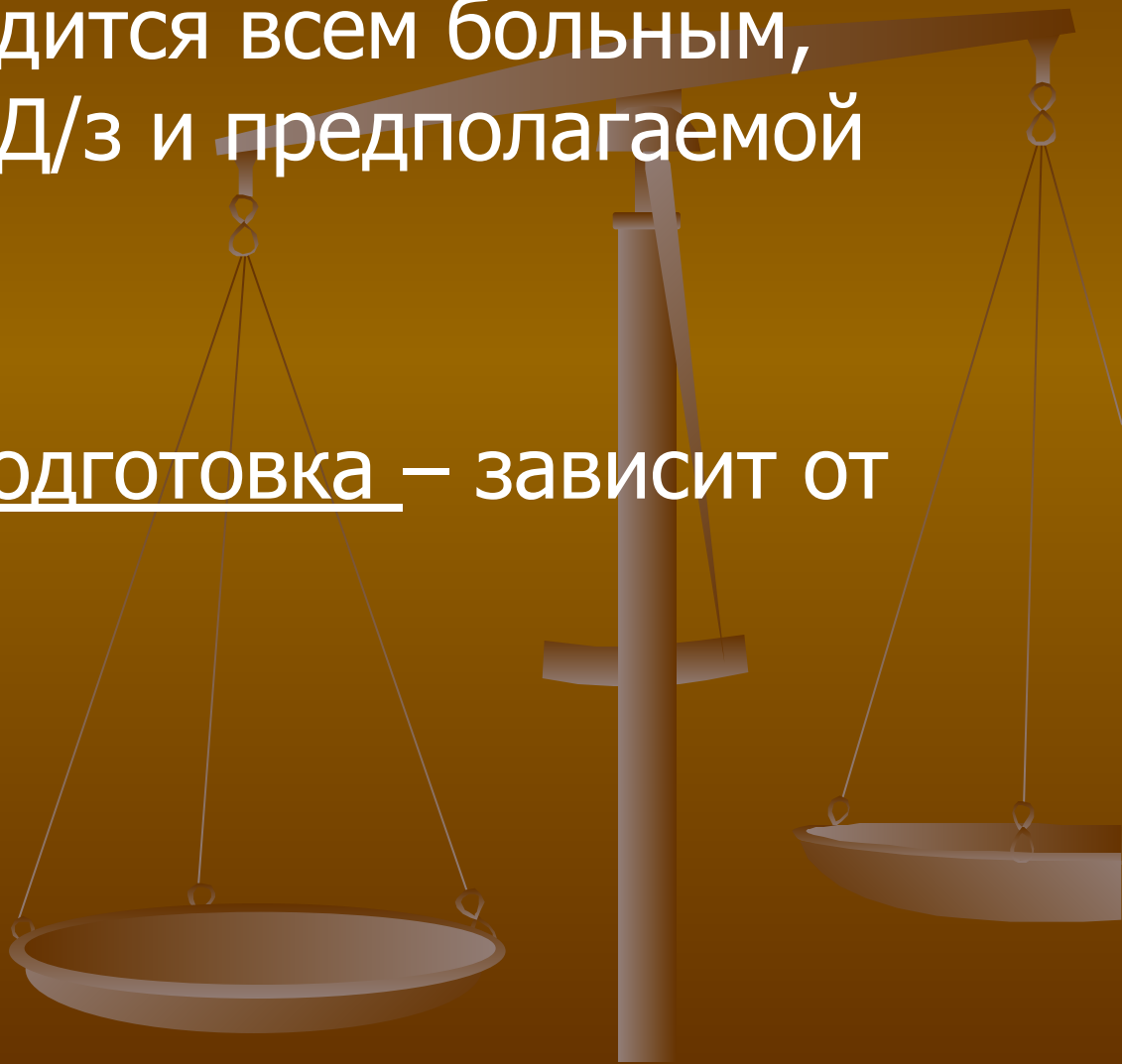


# Степени риска анестезии и операции

1. Небольшие плановые операции у «здоровых пациентов»
  2. Небольшие операции у полностью компенсированных пациентов. (полостные операции у «здоровых пациентов»)
  3. Обширные операции у полностью компенсированных пациентов
  4. Малые и средние операции у частично компенсированных пациентов
  5. Экстренные вмешательства у больных с глубокими общесоматическими расстройствами
- 

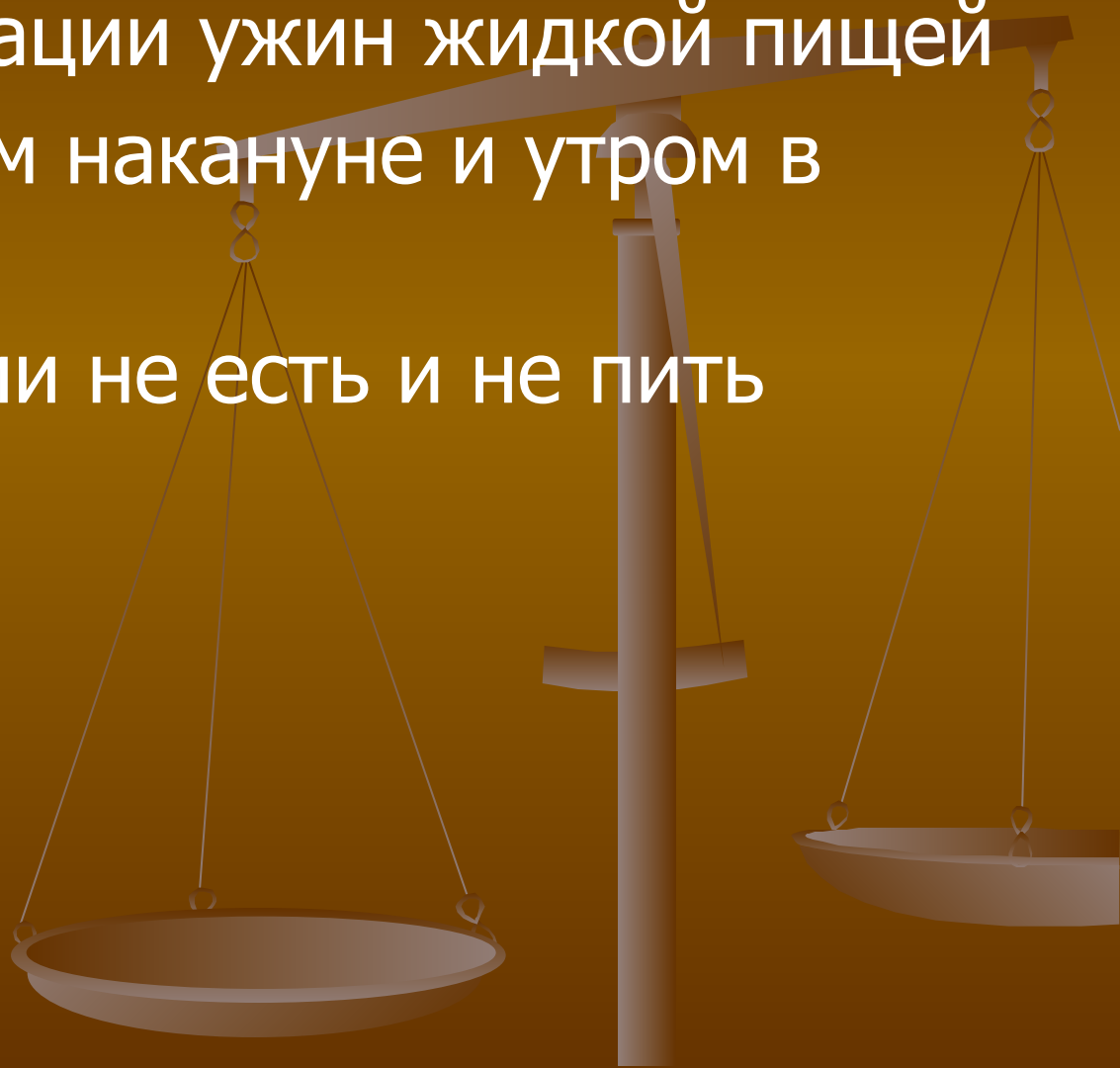
# Подготовка к операции

- Общая – проводится всем больным, независимо от Д/з и предполагаемой операции
- Специальная подготовка – зависит от операции



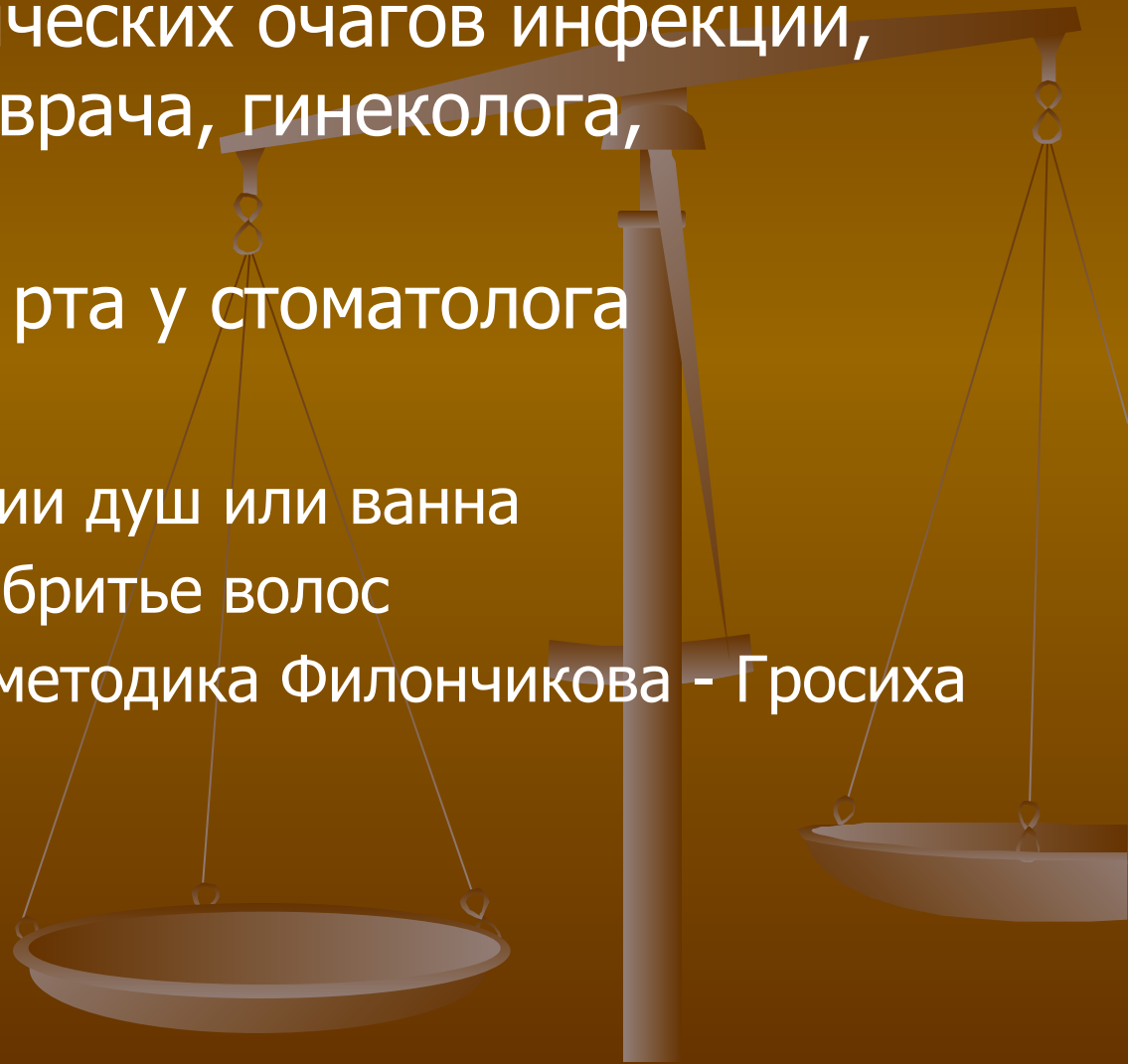
# Предоперационная подготовка пищеварительного тракта

- Накануне операции ужин жидкой пищей
- Клизма вечером накануне и утром в день операции
- В день операции не есть и не пить



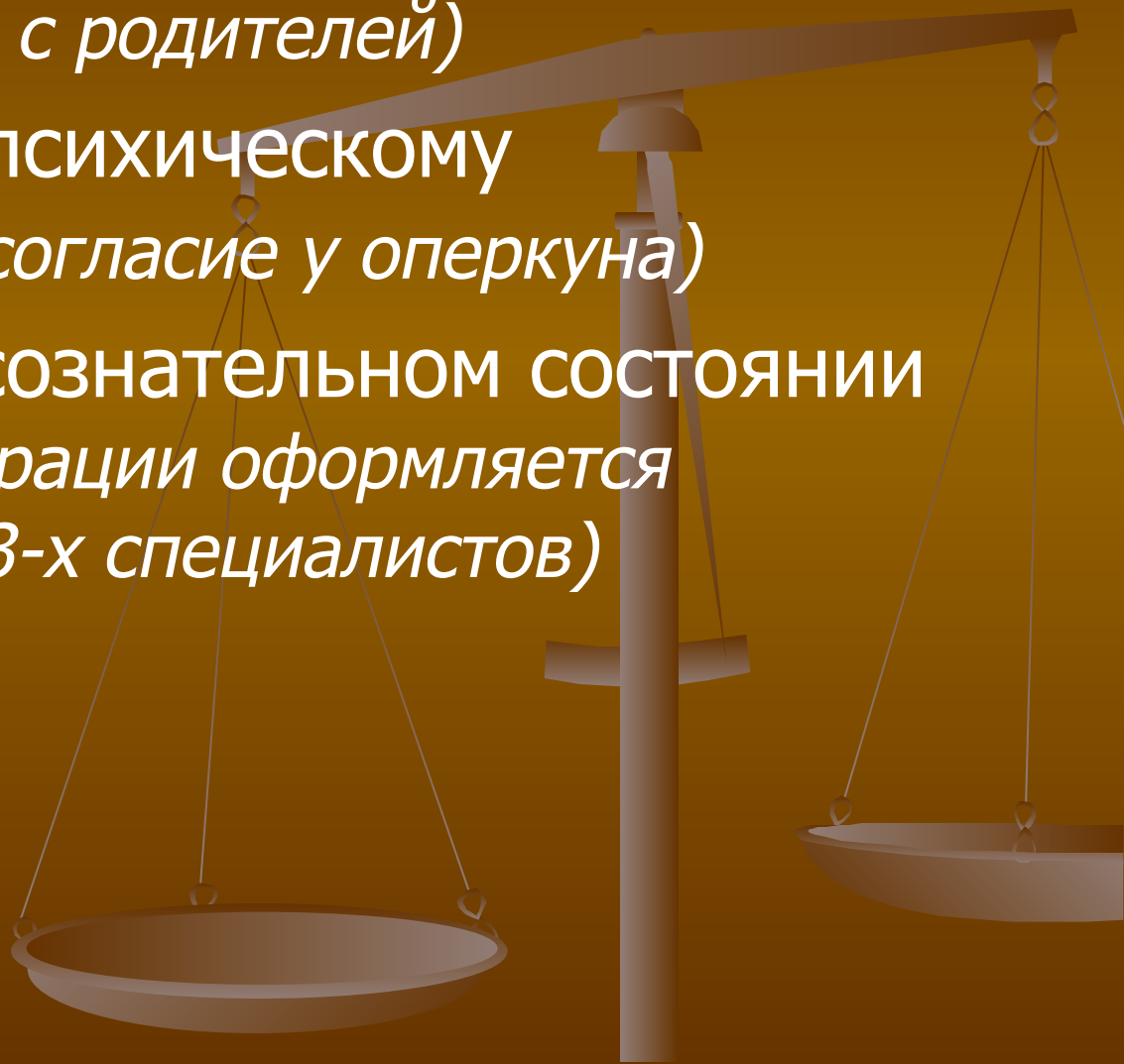
# Профилактика эндогенной инфекции перед операцией

- Выявление хронических очагов инфекции, посещение ЛОР-врача, гинеколога, терапевта
- Санация полости рта у стоматолога
- Обработка кожи
  - Накануне операции душ или ванна
  - В день операции бритье волос
  - В операционной методика Филончикова - Гросиха



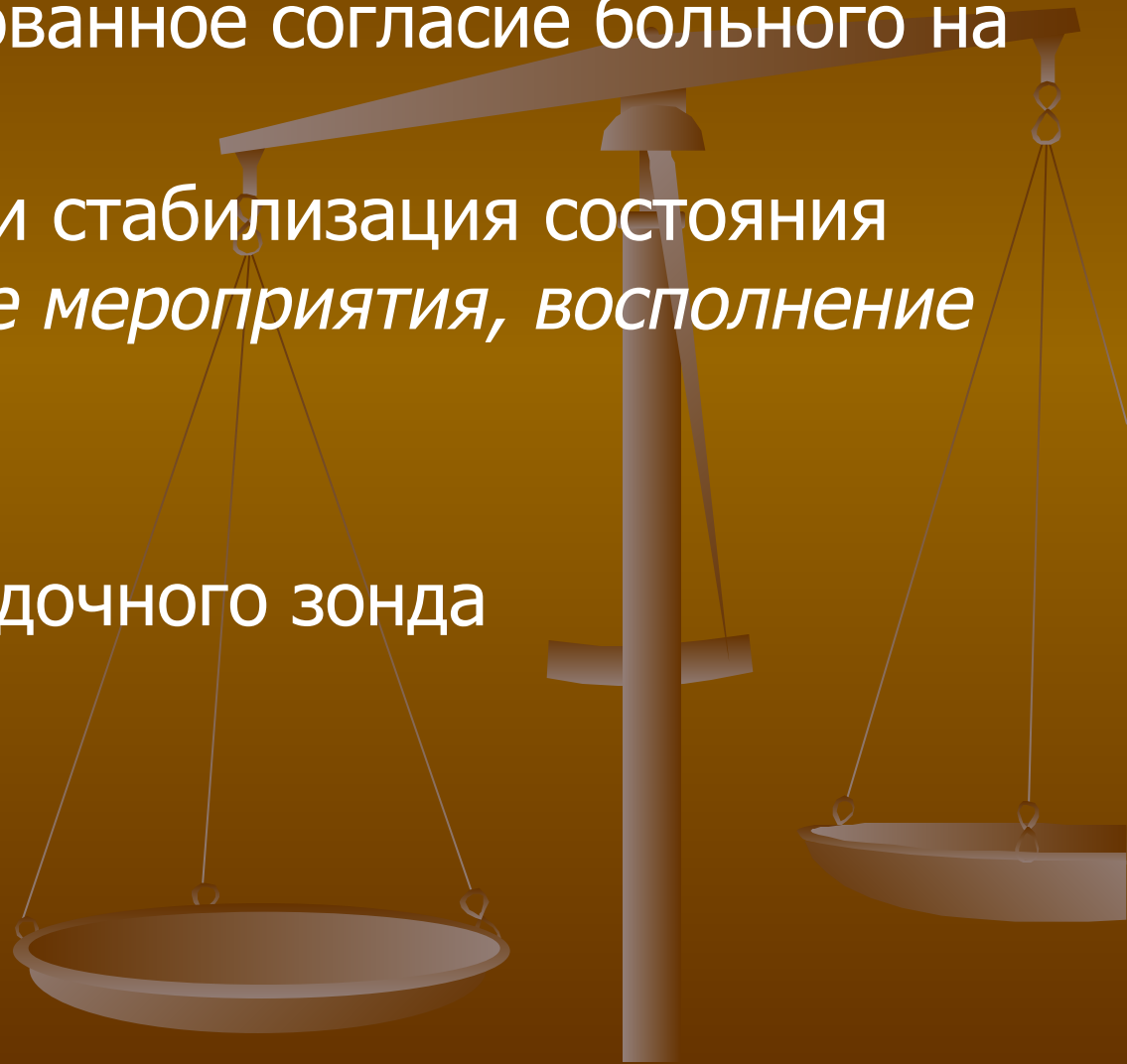
# Согласие на проведение операции не требуется у:

- Детей (*согласие с родителей*)
- Инвалидов по психическому заболеванию (*согласие у оперкуна*)
- Больные в бессознательном состоянии (*показания к операции оформляется консилиумом из 3-х специалистов*)



# Минимальный объем предоперационной подготовки у экстренных больных

- Взять информированное согласие больного на операцию
- По – возможности стабилизация состояния (*противошоковые мероприятия, восполнение кровопотери*)
- Премедикация
- Постановка желудочного зонда
- Бритье кожи



Благодарю за внимание

