

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УШИВАНИЕ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

Каримов Рамзулло Рахимович

*Таджикский государственный медицинский университет
имени Абуали ибн Сино*

Karimov Ramzullo Rahimovich

Avicenna Tajik State Medical University, student

Аннотация

Данная статья описывает схему проведения операции по ушиванию прободной язвы желудка. Дается определение прободной язве, причины возникновения патологии, чем опасна данная патология, какие проводятся исследование перед операцией. Также статья описывает постоперационные осложнения и дает рекомендации по соблюдению правил постоперационного периода и диеты.

Annotation

This article describes the scheme of surgery for suturing a perforated gastric ulcer. The definition of a perforated ulcer is given, the danger of this pathology, which studies are carried out before the operation. The article also describes postoperative complications and gives recommendations on compliance with the rules of the postoperative period and diet.

Ключевые слова: прободная язва, язва желудка, прободная язва желудка, операция при прободной язве, операция на желудке, операция желудка, диета.

Keywords: perforated ulcer, gastric ulcer, perforated gastric ulcer, surgery for perforated ulcer, gastric surgery, surgery

Цель: изучить схему ушивания прободной язвы желудка и особенности ухода за пациентом в постоперационный период.

Прободная (перфоративная) язва представляет собой сквозной дефект в стенке желудка. В результате появления дефекта содержимое желудка вытекает в брюшную полость, в итоге появляется перитонит, в 90% случаев завершающийся летальным исходом.

Причины патологии могут быть самые разнообразные, чаще это:

- острая/хроническая язва желудка;
- недостаточность кровообращения;
- ишемия внутренних органов;
- нарушения в питании (частое и избыточное потребление пищи жареной, сладкой, сдобной, острой);
- наличие helicobacter pilori\$

Прободная язва протекает в три стадии. Начальная длится до 6 часов от момента прободения – кислый желудочный сок начинает проникать в брюшную полость, вызывая перитонит, сопровождающийся острой и внезапной болью.

Вторая фаза отмечается 6–12ч спустя от момента прободения – наблюдается интенсивное выделение содержимого желудка в брюшную полость.

Третья фаза (12–24 часа от момента прободения) сопровождается развитием гнойного перитонита и межкишечных абсцессов.

Если не была предоставлена своевременная скорая помощь, патология заканчивается летальным исходом.

Симптомы прободной язвы

Прободной язве желудка присущи несколько признаков: язвенная болезнь желудка в анамнезе,

внезапная интенсивная боль в животе, доскообразное напряжение брюшной стенки, значительная болезненность при пальпации живота. При опросе примерно каждый пятый пациент отмечает усиление боли в желудке за несколько дней до перфорации. Иррадиация боли зависит от положения прободной язвы желудка: в руку (плечо и лопатку) справа при пилородуоденальной язве, слева – при расположении дефекта в области дна и тела желудка. При прорыве язвы задней стенки желудка соляная кислота изливается в клетчатку забрюшинного пространства или сумку сальника, поэтому болевой синдром практически не выражен.

При осмотре обращает на себя внимание вынужденное положение с приведенными к животу коленями, страдальческое выражение лица, усиление боли при движениях. Поперечные борозды на прямых мышцах живота становятся более выраженными, происходит втягивание живота на вдохе (парадоксальное дыхание). Артериальная гипотония сопровождается брадикардией, одышкой. В первые часы заболевания отмечается выраженная болезненность при пальпации в эпигастральной области, которая в последующем распространяется на всю переднюю брюшную стенку. Симптомы раздражения брюшины резко положительные.

Этапы и техника проведения операции

Единственным способом лечения прободной язвы является хирургическое ее ушивание, показанное в случаях:

- подтверждение диагноза прободная язва;
- выраженный перитонит;
- возникновение перитонита на фоне прободной язвы.

1. Предоперационная подготовка. Включает рентгенографию брюшной полости, эндоскопию. При наличии прободной язвы проводят антибактериальную терапию. Пациенту вводят зонд с целью удаления содержимого желудка. В тяжелых случаях в течение часа проводят инфузионную терапию – внутривенное введение раствора Рингера–Локка, NaCl для выравнивания состава крови. Также может включать антибиотикотерапию.

2. Проведение обезболивания. Проводят путем комбинированного эндотрахеального наркоза с вентиляцией легких. В редких случаях ушивание проводят под местной анестезией.

3. Обеспечение доступа путем верхнесрединной лапаротомии.

4. Проведение ревизии передней и задней стенки желудка.

5. Иссечение язвы. Прободные язвы двенадцатиперстной кишки и небольшие препилорические язвы без признаков злокачественности можно ушивать без иссечения. Язвы желудка или язвы, подозрительные с точки зрения злокачественности, необходимо полностью иссекать. Если есть сомнения, может быть выполнено клиновидное иссечение. Иссечение необходимо для установки патологоанатомического диагноза, а также для подготовки к пилоропластике при интрапилорической локализации. Выполняется иссечение скальпелем или диатермией, и должно учитывать возможность ушивания. При интрапилорических язвах следует выполнять частичную пилоропластику, включающую продольное иссечение и поперечное ушивание.

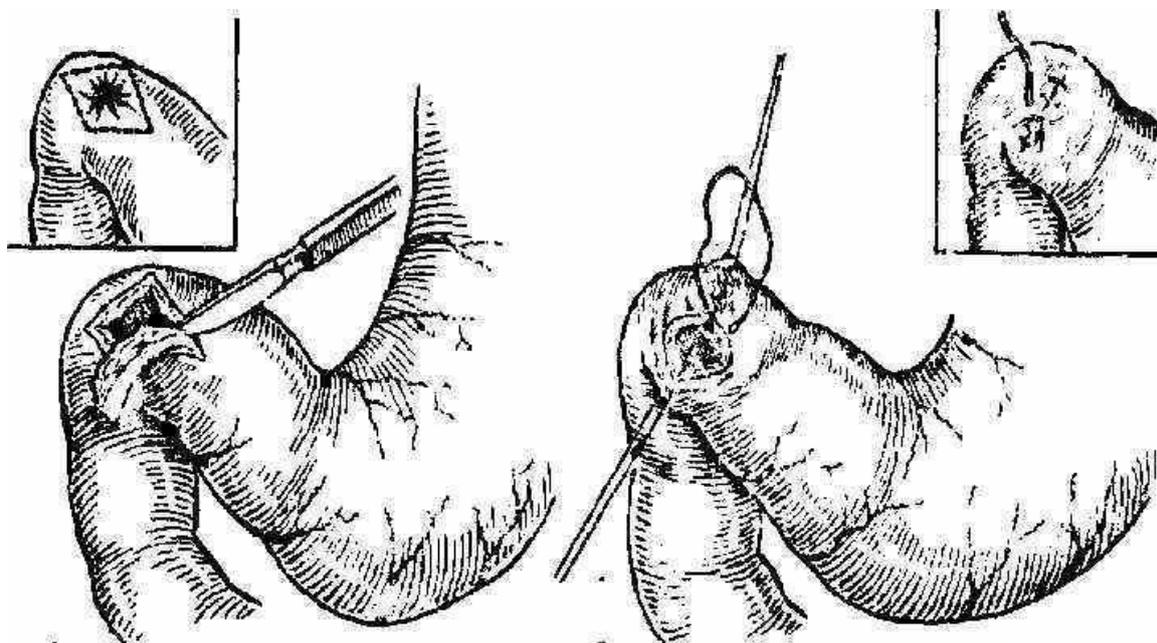


Рисунок 1. Иссечение прободной язвы желудка

6. Перитонизация сальником, ушивание прободной язвы. В поперечном направлении к продольной оси желудка на края отверстия

накладывается 2 ряда серозно–мышечных швов. Ко второму ряду можно подвести сальник на ножке.

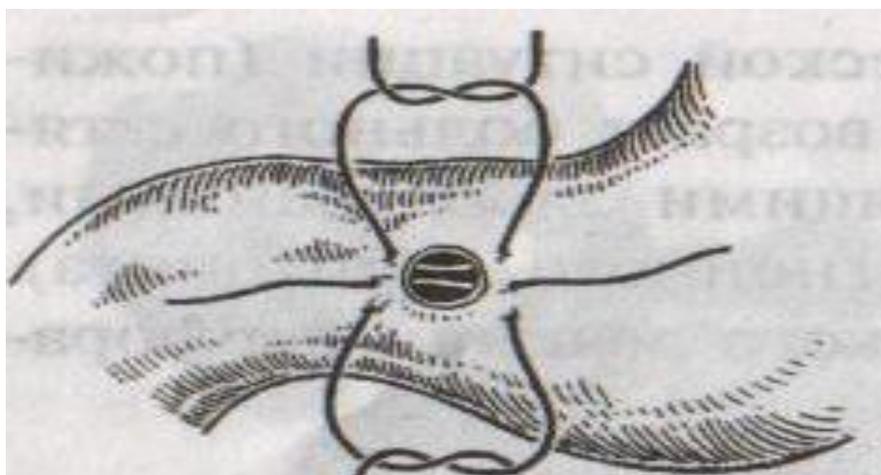


Рисунок 2. Наложение двух серозно–мышечных швов при ушивании прободной язвы желудка.

В случае риска сужения отверстия пилорической части желудка или 12ти-перстной кишки проводят операцию по схеме Оппеля–Поликарпова: в перфоративное отверстие вводят сальник на ножке, прошивая его двумя нитями. Концы нитей продвигают через перфоративное отверстие и прошивают ими стенку желудка изнутри наружу. После подтягивания нитей сальник погружают в просвет желудка и тампонируют прободное отверстие. Нити завязывают, а по краям язвы дополнительно сальник крепят серозными швами.

7. Устанавливают назогастральный зонд.

8. Послойно зашивают рану брюшной полости.

К сожалению, после данной операции возможны осложнения в виде рака из зашитой язвы, стеноз выходной части желудка или повторная перфорация или рецидив язвы. Также назначают противоязвенные препараты (Омез, Нольпаза) по 1 табл. 40 мг в день в течение месяца.

Постоперационный период. Нетрудоспособность пациента составляет 4 недели после операции. Если отсутствуют значительные количества заброса содержимого желудка – назогастральный зонд через 2 дня снимают. В соответствии с результатами посева назначают антибиотики на 5 дней лечения. Через месяц выполняют контрольную эндоскопию для оценки состояния желудка после операции.

Если самостоятельный стул отсутствует – с 3го дня назначают клизмы.

Также проводят дыхательные упражнения и соблюдение диеты.

Постоперационная лечебная диета (стол №1а) допускает употребление продуктов: отварные овощи, супы–пюре, вчерашний хлеб, сухари, отвар ромашки или шиповника, обезжиренные молочные продукты.

Запрещается употреблять: жирное мясо рыбы и мяса, маринады, пищу острую, жирную, копченую, жаренную, сладости, сдобная выпечка, грибы, алкоголь и соусы.

При соблюдении всех необходимых постоперационных мероприятий пациент, спустя 4 недели после операции, возвращается к трудоспособному режиму и обычному образу жизни. Диета расширяется до стола №1.

Вывод. Прободная язва желудка – патология, приводящая к летальному исходу без своевременного хирургического вмешательства и представляющая дефект в стенке желудка. Операцию по ушиванию прободной язвы желудка проводят в 3 этапа: подготовительный, операционный и постоперационный. В постоперационный период пациенту важно соблюдать рекомендации, назначенные врачом во избежание осложнений в числе которых рак желудка, рецидив язвы или повторное появление прободной язвы.

Список литературы

1. Афендулов С.А., Смирнов А.Д., Журавлёв Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. Реабилитация больных после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия - 2002 - № 4 - с. 48 - 51.

2. Борисов А.Е., Земляной В.П., Кубачев К.Г. и др. Хирургическое лечение при хронических гастродуоденальных язвах // Вестник хирургии им. Грекова - 2002 - т. 161 - № 1 - с. 79 - 81.

3. Гуляев А.А., Пахомова Г.В., Ярцев П.А., Самсонов В.Т., Радьгина М.В. Опыт лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами // Эндоскопическая хирургия - 2005 - № 2 - с. 21 - 24.

4. Курбанов К.М. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложнённых пенетрацией в головку поджелудочной железы // Хирургия - 1999 - № 2 - с. 8 - 11.

5. Овчинников В.А., Меньков А.В. Выбор способа хирургического лечения пептических язв оперированного желудка // Хирургия - 2000 - № 11 - с. 15 - 18.