

Тема: «Лечение хирургических заболеваний органов брюшной полости».

1.Симптоматика острого живота.

Острый живот – общепризнанный термин, при котором развивается симптомокомплекс остро возникших болей в животе, представляющих угрозу жизни и требующих единой лечебной тактики – экстренной госпитализации, диагностики нозологической формы и нередко срочного оперативного вмешательства.

Симптоматика острых заболеваний органов брюшной полости чрезвычайно изменчива и может варьировать в зависимости от стадии заболевания, наличия осложнений, от времени начала патологического процесса и сроков обращения, возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний.

Клиника: боль, рвота, нарушение моторно-эвакуаторной функции кишечника, появление симптомов раздражения брюшины.

Классификация заболеваний по этиологическому признаку:

- Острые воспалительные заболевания (острый аппендицит, заболевания осложненные перитонитом, острый холецистит, панкреатит, флегмона желудка и кишечника, абсцессы брюшной полости и паренхиматозных органов, воспаление дивертикула Меккеля).
- Перфорации и нарушение целостности полых органов (перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки, перфорации опухолей полых органов инородными телами, травматические разрывы).
- Острые нарушения проходимости желудка и кишечника (ущемленные грыжи, ОКН, завороты полых органов).
- Острые нарушения кровообращения (тромбозы и эмболии брыжеечных артерий, эмболии сосудов паренхиматозных органов, завороты сальника).
- Кровотечения в брюшную полость (травматические разрывы внутренних органов, яичников, маточных труб, аневризмы аорты)
- Кровотечения в просвет полых органов при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, синдроме Меллори-Вейса, разрыве вен пищевода.

При остром животе важно определить тактику ведения и прежде всего необходимость выполнения экстренного оперативного вмешательства. Экстренное вмешательство показано при выявлении признаков перитонита, острого нарушения пассажа содержимого тонкой или толстой кишки. При остальных заболеваниях возможно динамическое наблюдение с использованием комплекса диагностических приемов и применением консервативных методов лечения.

Лабораторные тесты диагностического комплекса хирургической направленности: ОАК, группа крови и резус-фактор, глюкоза, белок, билирубин и его фракции, креатинин, мочевины, КОС, время свертывания крови, протромбин, ОАМ с определением диастазы.

Инструментальные исследования: ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентген органов грудной и брюшной полости, лапароскопия, лапаротомия.

При травматических повреждениях пациентам с геморрагическим шоком и гипоксией, до операции необходимо уменьшить гиповолемию, а потом приступить к интраоперационной остановке кровотечения.

Диагностика должна проводиться максимально быстро, потому что фактор времени имеет решающее значение, от чего зависит прогноз. В лечении нужно придерживаться активной хирургической тактики, не дожидаясь развития осложнений.

2. *Этиология, патогенез, клиника и лечение перитонита.*

Перитонит — это воспаление листков брюшины, которое сопровождается тяжелым общим состоянием организма.

В зависимости от принципа, положенного в основу, различают следующие классификации перитонитов.

- I. По виду возбудителя: 1) стафилококковые; 2) стрептококковые; 3) вызванные кишечной палочкой; 4) вызванные смешанной флорой и др.
- II. По распространенности процесса: 1) общий (разлитой), когда поражена брюшина; 2) диффузный — поражена часть брюшины, но процесс не имеет четкого ограничения; 3) местный, когда пораженный участок брюшины изолирован от брюшной полости спайками.
- III. По причинам возникновения:
 - 1) при воспалительно-деструктивных процессах органов брюшной полости;
 - 2) перфоративный;
 - 3) травматический;
 - 4) послеоперационный;
 - 5) гематогенный;
 - 6) криптогенный и др.

Различают три стадии развития перитонита:

- 1) реактивную (1-е сутки от начала развития перитонита);
- 2) токсическую (24 — 72 ч от начала заболевания);
- 3) терминальную (спустя 72 ч).

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а . Перитонит — вторичен, поэтому его клиническая картина наслаивается на симптомы первичного заболевания.

Поскольку перитонит является вторичным заболеванием, то на фоне клинических проявлений основной патологии появляются симптомы перитонита. Классическим симптомом перитонита является постепенно нарастающая сильная боль в животе. Вначале она локализуется в области источника перитонита, затем распространяется по всему животу. Через некоторое время начинается интоксикация. Лицо пациента бледное, черты заостренные, глаза западают, вокруг них появляются темные круги. В запущенных случаях выявляют лицо Гиппократа. Появляются тошнота и рвота сначала желудочным содержимым, потом кишечным. Часто к рвоте присоединяется икота. Язык при осмотре сухой с коричневым налетом.

С первых часов болезни наблюдается задержка газов и стула. Для перитонита характерны повышение температуры тела, учащение (до 120—140 уд./мин) и слабость наполнения пульса, поверхностное частое дыхание из-за болей в животе. Живот может быть асимметричным, в акте дыхания не участвовать, или плоским (доскообразным). При пальпации в начальной стадии заболевания наблюдают напряжение мышц передней брюшной стенки (дефанс), отмечается положительный симптом Щеткина — Блюмберга и болезненность по всему животу. При присоединении кишечной паралитической непроходимости живот будет постепенно увеличиваться в объеме (вздутие живота). Отмечается задержка газов и стула.

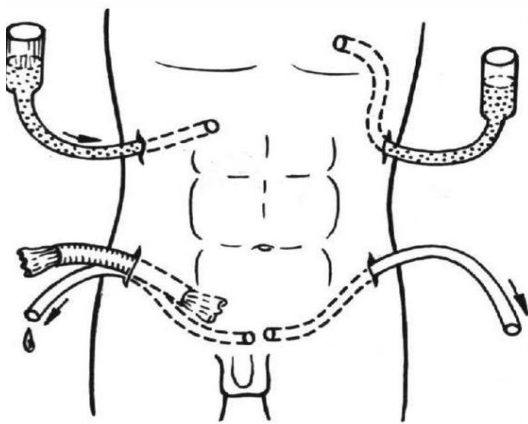
При перкуссии определяется выраженность и распространенность перкуторной болезненности, притупление в боковых и нижних отделах живота или высокий тимпанит при парезе кишечника. При аускультации прослушивается ослабление перистальтики в начале заболевания и ее полное отсутствие в разгар болезни.

В общем анализе крови определяются высокий лейкоцитоз, лимфопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ; в общем анализе мочи — лейкоциты и белок.

Лечение. Все больные острым перитонитом подлежат экстренному оперативному лечению в комплексе с интенсивной предоперационной подготовкой, коррекцией гомеостаза во время операции и консервативным лечением в послеоперационном периоде. При операции проводятся лапаротомия с устранением причины, вызвавшей перитонит, санация брюшной полости множественным дренированием для постоянной эвакуации содержимого.

Правила ухода за пациентом. После выведения пациента из наркоза его укладывают в положение Фовлера. Парентеральное питание продолжается 3 — 4 сут до восстановления перистальтики кишечника. Пациенту проводится интенсивная инфузионная терапия по назначению врача.

Для профилактики послеоперационных осложнений проводится дыхательная и лечебная физкультура. При применении антикоагулянтов для профилактики тромбоэмболии медицинская сестра наблюдает за кожными покровами и слизистыми на наличие гематом и кровоизлияний, за цветом мочи и кала. Ежедневно проводятся перевязки послеоперационной раны и промывание брюшной полости через дренажи: жидкость вводят через верхние дренажи и следят за ее выделением по нижним дренажам.

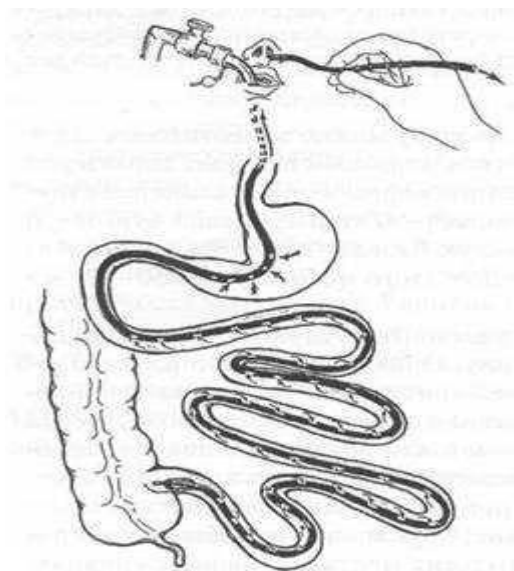


Лаваж (перитонеальный диализ) проводят 3 — 7 сут, внимательно следя за количеством вводимой и вытекающей жидкости. **Перитонеальный диализ** (промывание брюшины) — метод удаления из организма больного токсических продуктов обмена веществ с помощью диализирующего раствора. Метод основан на использовании полупроницаемых свойств брюшины и заключается в промывании брюшной полости больного раствором специального состава. В состав большинства диализирующих растворов входят глюкоза, новокаин, антибиотики, хлорид натрия, хлорид калия, хлорид кальция, гидрокарбонат натрия, хлорид магния.

Известен перитонеальный диализ двух типов: непрерывный и фракционный. Для проведения перитонеального диализа в брюшную полость при помощи троакара либо посредством лапаротомии вводят полихлорвиниловый катетер. К катетеру присоединяют тройник, один конец которого соединяют с сосудом, содержащим стерильный диализирующий раствор (укрепленный на стойке над кроватью), а другой — с сосудом, находящимся на полу около кровати. Трубку, ведущую к нижнему сосуду, перекрывают. Из верхнего сосуда в брюшную полость вводят 2 л подогретого раствора и накладывают зажим на приводящую трубку. Спустя час снимают зажим с отводящей трубки, и диализирующий раствор оттекает в нижний сосуд. Процедура продолжается в общей сложности не более 20 часов. Во время перитонеального диализа необходимо точно измерять количество жидкости, оттекающей из брюшной полости, во избежание накопления в ней раствора. После окончания перитонеального диализа катетер из брюшной полости удаляют.

При нарушении оттока жидкости или появлении геморрагического экссудата срочно вызывают врача. Для ликвидации пареза кишечника во время операции вводят зонд в желудок и зонд в кишечник, по которому впоследствии проводится постоянная аспирация содержимого. На 4 — 6-е сутки зонд из

кишечника удаляют.



Пить можно со 2 — 3-х суток малыми порциями, кормить начинают после восстановления перистальтики, разрешая сначала только жидкую пищу. Медицинская сестра обязательно ведет учет потери жидкости с мочой (в мочевой пузырь вводится постоянный катетер), рвотой, отделяемым из дренажей для контроля водного баланса. Необходимо проводить профилактику пролежней.

Эффективность лечения контролируется медицинской сестрой по состоянию пациента, его реакции на окружающее, пульсу, АД, дыханию, суточному количеству мочи и другим лабораторным показателям.

3. Грыжи живота. Особенности оперативного лечения.

Грыжей живота называют выход из брюшной полости под кожу органов или их частей, покрытых брюшиной, через естественные отверстия в брюшной стенке.

Грыжевой мешок – это фрагмент выпятившейся брюшины. Содержимым мешка могут быть петли кишечника или сальник. В мешке различают шейку, тело и дно.

В происхождении грыж основную роль играет взаимоотношение 2 факторов: внутрибрюшного давления и сопротивляемости брюшной стенки.

Повышение внутрибрюшного давления происходит при натуживании (запор, сужение мочеиспускательного канала, гипертрофия простаты) или сильном кашле.

Слабость брюшной стенки обусловлена атрофией и атонией тканей в пожилом возрасте или сильном похудании, может быть при рубцовом изменении.

Грыжи могут возникать от воздействия производящих факторов (физическое перенапряжение, трудные роды, затруднение опорожнения кишечника и мочеиспускания, кашель).

У мужчин грыжи встречаются в 3-4 раза чаще, чем у женщин. Правосторонние, чаще чем левосторонние.

Диагностика не представляет затруднений. Жалобы на боли при ходьбе и физических нагрузках. Кроме того, могут быть расстройства пищеварения (тошнота, отрыжка, рвота, запоры). При осмотре обнаруживается опухолевидное образование мягко-эластической консистенции.

Грыжи подразделяются на вправимые и невправимые.

Вправимые грыжи – это когда переместившиеся внутренние органы можно полностью вправить обратно в полость живота. Грыжевое выпячивание самостоятельно или при надавливании рукой уходит в брюшную полость, а при кашле или натуживании появляется вновь. После вправления пальпируется грыжевое отверстие. На начальных стадиях когда грыжа находится в канале она диагностируется при введении пальца в канал и проведении кашлевого толчка в положении стоя.

Грыжи содержимым которых является кишечник при перкуссии дают тимпанический звук. Грыжи содержимым которых является сальник при перкуссии дают тупой звук, они плотные и лишены эластичности, вправляются медленно без урчания. Если содержимым грыжевого мешка является мочевой пузырь, наблюдается учащенное мочеиспускание. Боли при вправимых грыжах отсутствуют, но могут появляться при натуживании.

Невправимые грыжи встречаются редко. Причиной невправимости служат сращения содержащихся в грыже внутренних органов с грыжевым мешком и между собой. Невправимость может быть полной и частичной. При невправимой грыжи болевой синдром, более выраженный и они чаще ущемляются.

Метод лечения грыж – хирургический.

Ущемленные грыжи не могут быть вправлены в брюшную полость без особых усилий в связи со сдавлением грыжевого содержимого в месте его выхода из брюшной полости. Ущемление ведет к нарушению кровообращения. Существует ретроградное ущемление, при котором две кишечные петли находятся в грыжевом мешке, а промежуточное ущемление с признаками ишемии в брюшной полости.

Первыми симптомами ущемления грыжи является внезапная боль и невправимость ранее вправившейся грыжи. Затем грыжевая опухоль становится напряженной и болезненной при пальпации. При длительном ущемлении появляются признаки местного воспалительного процесса. Через некоторое время появляются признаки непроходимости с коллапсом, тошнотой, рвотой, икотой, метеоризмом, неотхождением газа и кала. Когда инфекция через ущемленную кишку переходит на брюшину, развивается флегмона грыжевого мешка или перитонит. Присоединяются явления интоксикации.

Запрещено вводить опиоидные анальгетики и вправлять содержимое грыжевого мешка, петли кишечника могут быть нежизнеспособными. Больные нуждаются в экстренном оперативном вмешательстве.

Виды грыж. Паховая грыжа – это выход содержимого брюшной полости через паховый канал. Если грыжа опускается в мошонку она называется пахово-мошоночной. Косая грыжа, встречается чаще, она повторяет направление пахового канала, имеет овальную форму. Прямая грыжа чаще бывает в пожилом возрасте и обычно двухсторонняя.

Бедренная грыжа выходит через бедренный канал, в котором лежат бедренные сосуды, под пупартовой связкой, чаще встречается у женщин.

При *пупочной грыжи* внутренности выходят через пупочное кольцо. Предрасполагающие факторы: малая эластичность и легкая растяжимость тканей пупочного кольца.

Грыжи белой линии живота могут образовываться на протяжении от мечевидного отростка до пупка. В анатомическом отношении различают 3 стадии: в 1 стадии грыжи нет, а выходит предбрюшинная жировая ткань (предбрюшинная липома), во 2 стадии есть грыжевой мешок воронкообразной формы

без содержимого, в 3 стадии есть грыжевой мешок с содержимым, чаще это сальник. Могут быть одиночными и множественными. В клинике наблюдаются боли, иногда – отрыжка, тошнота, тяжесть в желудке.

Травматические грыжи образуются после травм. При травме разрываются брюшные мышцы, а оставшаяся брюшина и мягкие ткани не могут противодействовать внутрибрюшному давлению.

Послеоперационные грыжи возникают на месте операционных ран. После сращения краев раны образуется рубец, состоящий из эластичной рубцовой ткани, которая под влиянием напряжения может растягиваться, образуя между краями бывшей раны дефект, в который все больше выпячивается брюшина с кишечником.

Оперативное лечение заключается в удалении грыжевого мешка, и ушивают грыжевые ворота путем пластики окружающими тканями или аллопластически с помощью синтетической сетки.

4. Ущемленные грыжи. Особенности диагностики и лечения.

Ущемленные грыжи не могут быть вправлены в брюшную полость без особых усилий в связи со сдавлением грыжевого содержимого в месте его выхода из брюшной полости. Ущемление ведет к нарушению кровообращения. Существует ретроградное ущемление, при котором две кишечные петли находятся в грыжевом мешке, а промежуточное ущемление с признаками ишемии в брюшной полости.

Первыми симптомами ущемления грыжи является внезапная боль и невозможность ранее вправившейся грыжи. Затем грыжевая опухоль становится напряженной и болезненной при пальпации. При длительном ущемлении появляются признаки местного воспалительного процесса. Через некоторое время появляются признаки непроходимости с коллапсом, тошнотой, рвотой, икотой, метеоризмом, неотхождением газа и кала. Когда инфекция через ущемленную кишку переходит на брюшину, развивается флегмона грыжевого мешка или перитонит. Присоединяются явления интоксикации.

Запрещено вводить опиоидные анальгетики и вправлять содержимое грыжевого мешка, петли кишечника могут быть нежизнеспособными. Больные нуждаются в экстренном оперативном вмешательстве.

5. Этиология, патогенез, клиника и лечение ЖКБ, острого холецистита.

Желчнокаменная болезнь – это патологический процесс, обусловленный застоем и насыщением желчи холестерином, что приводит к образованию камней в желчном пузыре. При длительном пребывании камней в желчном пузыре происходит атрофия его слизистой оболочки и воспаление. В основном желчные камни не вызывают клинических проявлений.

Боли возникают при прохождении конкремента через желчные протоки или закупорке им просвета, а так же при присоединении инфекции. Эти боли называются печеночная колика. Они возникают внезапно, после погрешностей в диете. Боли интенсивные, схваткообразные, локализуются в правом подреберье и эпигастрии, иррадируют в правое плечо и лопатку. Часто сопровождаются тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения. Иногда печеночная колика сопровождается желтухой. Механическая желтуха чаще обусловлена камнем, закупоривающим проток и препятствующим свободному прохождению желчи. Температура тела повышается до 38-39 и связана с болевыми

ощущениями. Осмотр показывает, что правая половина не участвует в акте дыхания. При пальпации в правом подреберье отмечается локальная болезненность, иногда определяется увеличение печени, иногда напряженный желчный пузырь. В промежутках между коликами ощущают тупые боли, которые постепенно проходят.

При полной закупорке камнем пузырного протока желчный пузырь растягивается скапливающейся в нем жидкостью, которая продуцируется слизистой оболочкой, может возникнуть водянка желчного пузыря. По мере атрофии мышц растянутого пузыря, боли прекращаются и колика купируется.

Методы диагностики ЖКБ: УЗИ, КТ, контрастная ретроградная холлангиография.

При рецидивирующем течении показано оперативное лечение, если больной отказывается проводить медикаментозное растворение камней уродезоксихолевой кислотой. Наряду с этим используют метод экстракорпорального дробления желчных камней с помощью литотрипсии с последующим противорецидивным лечением.

Острый холецистит – острое воспаление желчного пузыря, обусловленное нарушением оттока желчи. Наличие камней предрасполагающий фактор для внедрения инфекции и воспаления. Инфекция попадает: гематогенным, лимфогенным и контактным путем из 12-перстной кишки. Так же может быть вызван рефлюксом панкреатического сока в желчные протоки и желчный пузырь.

При катаральном холецистите воспалительный процесс ограничивается слизистой оболочкой с образованием серозного экссудата в просвете. При гнойном в пузыре образуется гнойный экссудат. Закупорка пузырного протока камнем при наличии инфицированной желчи приводит к развитию эмпиемы, которая, как и при флегмонозном, характеризуется гнойной инфильтрацией всех слоев стенки. При гангренозном возникает нарушение кровообращения в стенке желчного пузыря или их гнойное расплавление.

Основные признаки: болезненность, защитное напряжение мышц в области правого подреберья и пальпация увеличенного желчного пузыря. Положительные симптомы Кера, Мерфи и Ортнера. Симптом Кера — болезненность при пальпации на вдохе в точке проекции желчного пузыря. Симптом Мерфи — исследуемый равномерно надавливает в точке проекции желчного пузыря и просит пациента сделать глубокий вдох (надуть живот), в процессе которого появляется болезненность. Симптом Ортнера - болезненность при поколачивании спереди на правой рёберной дуге.

Приступ болей сопровождается тошнотой и рвотой. Нередко наблюдается желтушная окраска склер. Благодаря анатомическому и быстрому отграничению его спайками от брюшной полости воспалительные явления в результате консервативного лечения большей частью проходят самостоятельно.

После ликвидации воспалительных явлений в стенках желчного пузыря развивается рубцовая ткань. Пузырь утрачивает физиологическую способность к растяжению и сокращению, в нем может остаться камень и латентная инфекция, которая может обостриться в любой момент.

При эмпиеме боли становятся постоянными, пульсирующего характера, усиливаются при изменении положения тела. Температура высокая, часто озноб. Область пузыря болезненна при давлении из-за напряжения прямой мышцы живота. Перкуссия резко болезненна.

На догоспитальном этапе запрещается приём пищи и жидкости. Основная задача устранение спазма, для этого применяют спазмолитики в сочетании с антигистаминными. Использование опиоидных анальгетиков запрещено (вызывают длительный спазм сфинктеров). Противопоказаны тепловые процедуры, клизмы и слабительные. Показан холод на правое подреберье.

В стационаре консервативная терапия заключается в постельном режиме, холод, голод, обезболивание (ненаркотическими анальгетиками, новокаиновые блокады), дезинтоксикационная терапия, спазмолитики, антигистаминные средства, антибактериальная терапия. Сохранение или нарастание признаков острого холецистита – показание к операции.

Операции подразделяются на экстренные, срочные, отсроченные, плановые. Экстренные операции выполняют в первые 2-3 часа с момента госпитализации при осложнении перитонитом. Срочные выполняются в течении 24-48 часов при отсутствии эффекта от консервативной терапии, когда сохраняется интоксикация и нарастают признаки местного воспаления. Так же проводятся при нарастании механической желтухе и возникновении явлений гнойного холангита на фоне холедохолитиаза. Отсроченные выполняют через 3-10 суток пациентам с показанной срочной операцией, которые отказались от нее, а впоследствии она стала необходима в связи с ухудшением общего состояния. Вопрос о плановой операции решается с каждым пациентом индивидуально, но обычно спустя 2-3 месяца после купирования острого холецистита. Оперативное вмешательство проводят традиционно или лапароскопическую холецистэктомию. Пожилым пациентам с сопутствующими заболеваниями проводят холецистостомию под УЗ- или лапароскопическим контролем.

6. *Этиология, патогенез, клиника и лечение панкреатита.*

Острый панкреатит – острое, первично-асептическое воспаление поджелудочной железы с явлениями аутолиза и некроза ее паренхимы на фоне присоединения вторичной гнойной инфекции.

Стадии острого панкреатита: - панкреатический шок, сопровождающийся выраженными гемодинамическими нарушениями;
- интоксикации и полиорганной недостаточностью;
- гнойно-воспалительных изменений.

Основными этиологическими факторами являются патологические изменения внепеченочных желчных путей, злоупотребление алкоголем, а так же заболевания 12-перстной кишки, сопровождающиеся дуоденальной непроходимостью.

Заболевание начинается остро, провоцирует алиментарный фактор. Возникает внезапно и проявляется крайне интенсивными, опоясывающего характера болями в верхних отделах живота. Боли иррадируют в левое подреберье и плечо, в левую половину живота, шею за грудинную и межлопаточную область. Рвота постоянная и многократная, не приносящая облегчения. Признаками панкреатогенной интоксикации являются: депрессия, заострение черт лица, изменение цвета кожных покровов (бледность, желтушность, акроцианоз, мраморность), сухость языка, тахикардия, коллапс. Сухой, обложенный налетом язык отражает общую картину обезвоживания организма. Отмечается вначале умеренное, а затем отчетливое вздутие живота, в результате пареза кишечника. Перистальтика отсутствует, что указывает на развитие динамической (паралитической) кишечной непроходимости.

Важным диагностическим симптомом служит нарушение микроциркуляции, которое проявляется цианозом передней брюшной стенки (симптом Холстеда), боковых отделов живота (симптом Грея-Тернера), и зоны вокруг пупка (симптом Куллена), а также появлением цианотичных пятен на лице и туловище (симптом Мондора). Повышенная проницаемость сосудистой стенки обуславливает геморрагии и экхимозы. Экхимозы - кровоизлияния в кожу или слизистую оболочку, диаметр которого обычно превышает 3 мм. В быту их называют синяками.

Повышение температуры тела определяется тяжестью. Сначала температура субфебрильная, затем приобретает характер ремиттирующей лихорадки. Высокая температура указывает на присоединение инфекции и абсцедирование.

Острый панкреатит часто сопровождается энцефалопатией, для которой характерны эйфория, психомоторное возбуждение, галлюцинации и резкое угнетение сознания вплоть до комы.

Инструментальные методы: УЗИ органов брюшинного пространства и брюшной полости, лапароскопию, ангиографию, КТ, МРТ. Высокая диагностическая информативность, позволяющая отличить стерильные некрозы от инфицированных поражений это – чрезкожная пункция под контролем УЗИ и КТ с последующим бактериологическим исследованием и лапароскопия. при лапароскопии при необходимости выполняются декомпрессивные операции, некрэксеквестрэктомия и санацию брюшной полости.

При мелкоочаговом панкреонекрозе показано консервативное лечение, включающее массивную инфузионную, детоксикационную терапию с введением блокаторов панкреатической секреции, антиферментативных препаратов, антибактериальных препаратов.

При крупноочаговых и распространенных формах рекомендуется внутриартериальное введение цитостатиков, ингибиторов секреции поджелудочной железы, антиферментных препаратов с применением экстракорпоральных методов детоксикации (плазмозферез, гемосорбция, УФО крови).

Показания к хирургическому лечению: инфицирование некротических тканей, желчный перитонит с нарастающей желтухой.

Основу хирургического вмешательства составляют различные варианты дренирующих операций, которые обеспечивают адекватные условия дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства в зависимости от повреждения железы. Некротические ткани железы резецируются.

7. Осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: перфорация, малигнизация.

Прободение (перфорация) язвы. Опасное осложнение, характеризующееся прорывом язвы в брюшную полость с истечением в нее желудочного содержимого и развитием перитонита.

Провоцирующие факторы: физическое перенапряжение, обильный прием пищи, промывание желудка. Боль острая (кинжальная), может наступить шок. Живот втянут (как доска), больной лежит на спине с согнутыми ногами и старается не менять положение, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии печеночная тупость не определяется, свободный газ в брюшной полости. На рентгеноскопии под диафрагмой виден серп воздуха. С нарастанием интоксикации наблюдаются заостренные черты лица, сухой язык, тахикардия, вздутие живота, отсутствие перистальтики. Если при перфорации возникло кровотечение, к перитониту присоединяется анемия.

Лабораторная диагностика: ОАК – нарастающий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, токсическая зернистость. Прикрытую перфорацию диагностируют пневмогастрографией. Удаляют через зонд желудочное содержимое, а затем в положении лежа на левом боку вводят 500-700 мл воздуха. Обнаруживается симптом «серпа».

При обнаружении экстренная госпитализация в положении лежа. При возникновении шока допустимо введение фентонила, на живот холод. Прием воды и пищи запрещен.

Лечение – экстренная операция, ушивание прободного отверстия, удаление из брюшной полости излившегося содержимого, санация брюшной полости. Различают паллиативные операции (ушивание прободного отверстия) и радикальные (резекция желудка, ваготомия с дренированием).

8. Осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: пилорoduоденальный стеноз.

Особенность распределения язв по локализации определяет наибольшую частоту рубцовых деформаций в пилорическом отделе желудка и в луковице двенадцатиперстной кишки.

Сужения развиваются вследствие заживления язв с образованием рубца или в результате разрастания соединительной ткани вокруг язвы.

Формируется после рубцевания язв, расположенных в 12-перстной кишке иногда предшествует операция ушиванию прободной язвы. Самый специфический симптом рвота пищей, съеденной накануне, отрыжка с тухлым запахом. В подложечной области при пальпации «шум плеска» (симптом Василенко), иногда видна перистальтика желудка. При декомпенсации прогрессирует истощение, присоединяются электролитные нарушения.

Выделяют компенсированную, субкомпенсированную, декомпенсированную стадии стеноза. При компенсированной стадии выраженной клиники нет. На фоне симптомов язвенной болезни отмечается ощущение тяжести в эпигастрии, учащаются изжога, рвота желудочным содержимым с кислым привкусом, рвота приносит облегчение. Рентгенологически определяется увеличение размеров желудка, усиление перистальтики, сужение пилорoduodenального канала с замедлением эвакуации до 6-12 часов.

При субкомпенсации усиливается чувство тяжести, появляется отрыжка с неприятным запахом. Может быть резкая схваткообразная боль, связанная с усиленной перистальтикой. Отмечается ежедневная рвота, приносящая облегчение. Общие проявления: слабость, утомляемость, похудание. При осмотре определяется видимая на глаз перистальтика, «шум плеска». Рентгенологически натощак жидкость в желудке, задержка контрастного вещества до 24 часов.

При декомпенсации ощущение распирания в эпигастрии, ежедневная обильная рвота. Рвотные массы содержат зловонные, разлагающиеся пищевые остатки. Больные истощены, обезвожены, адинамичны, отмечается жажда. Кожа сухая, тургор снижен. Видны контуры растянутого желудка, «шум плеска». Рентгенологически – желудок расширен, содержит большое количество жидкости, перистальтика ослаблена, эвакуация более 24 часа.

Стеноз абсолютное показание к операции, ее цель – ликвидация препятствия на пути продвижения пищи и удаление стенозирующей язвы с восстановлением гастрoduodenального или формированием гастроеюнального пассажа.

9. Клиника и лечение пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями.

Кровотечения из верхних отделов ЖКТ

Прямые симптомы (основные клинические признаки): рвота с кровью (гематемезис), черный дегтеобразный стул.

Рвота с кровью обычно возникает при значительной по объему кровопотере и, как правило, всегда ассоциируется с меленой.

При артериальном пищеводном кровотечении наблюдается рвота с примесью неизменной крови. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода зачастую профузное, проявляющееся рвотой с кровью темно-вишневого цвета. При желудочном кровотечении рвотные массы имеют вид кофейной гущи вследствие взаимодействия гемоглобина с соляной кислотой и образования хлорида гематина.

Мелена в большинстве случаев появляется не ранее, чем через 8 часов после начала кровотечения, при кровопотере более чем 50 мл.

В случае ускоренного (менее 8 часов) транзита содержимого по кишечнику и кровопотере свыше 100 мл, с калом может выделяться алая кровь (гематохезия).

Непрямые симптомы: клинические признаки дефицита ОЦК (включая гиповолемический шок), клинические признаки анемии.

Кровотечение из нижних отделов ЖКТ

Нередко явные кровотечения из нижних отделов ЖКТ выражены умеренно и не сопровождаются

падением артериального давления и другими общими симптомами. В некоторых случаях больные сообщают о наличии периодически возникающих кишечных кровотечений только при тщательном расспросе. Редко встречаются массивные кровотечения из нижних отделов ЖКТ, которые сопровождаются гиповолемией, острой постгемморагической анемией, артериальной гипотензией, тахикардией.

Диагностическое значение имеет цвет выделяющейся крови. При кишечных кровотечениях наиболее часто встречается появление неизмененной крови (гематохезия). При этом, чем светлее выделяющаяся из прямой кишки кровь, тем дистальнее находится источник кровотечения.

Кровь алого цвета выделяется в основном при кровотечениях, вызванных поражением сигмовидной кишки. Как правило, при расположении источника кровотечения в более проксимальных отделах толстой кишки, отмечается появление темно-красной крови.

При кровотечениях, связанных с поражением перианальной области (геморрой, анальные трещины), выделяющаяся кровь (в виде следов на туалетной бумаге или капель, попадающих на стенки унитаза) обычно не смешана с калом, который сохраняет коричневую окраску.

При локализации источника кровотечения проксимальнее ректосигмоидного отдела кровь бывает более или менее равномерно перемешана с калом.

Боли в животе, предшествующие эпизоду кишечного кровотечения, свидетельствуют об острых инфекционных или хронических воспалительных заболеваниях кишечника, острых ишемических поражениях тонкой или толстой кишки.

Боли в области прямой кишки при акте дефекации либо усиливающиеся после него, характерны обычно при геморрое или трещине заднего прохода. Массивное кишечное кровотечение без боли может возникать при дивертикулезе кишечника, телеангиоэктазиях.



Дивертикулы кишечника – это мешотчатые выпячивания стенки толстой, реже

тонкой кишки врожденного либо приобретенного характера.

Диагностика: Пальцевое ректальное исследование

I. лабораторная: 1. Анализ рвоты и кала на скрытую кровь.

2. Определение группы крови и резус-фактора.

3. Общий анализ крови для выявления степени анемии, определение количества тромбоцитов.

4. Коагулограмма.

5. Биохимическое исследование крови.

При подозрении на продолжающееся кровотечение осуществляют динамический контроль лабораторных показателей.

II. Инструментальная

Пациентам с язвенным кровотечением проведение эзофагогастродуоденоскопии с целью верификации источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить в первые 2 часа после госпитализации.

УЗИ. Ангиография. Сцинтиграфия. МРТ, КТ.

Лечебная тактика: Лечебная тактика зависит от результатов ЭГДС. Если больной доставлен в стационар, где отсутствует эндоскопическая служба и у него продолжается профузное кровотечение, его следует направить прямо в операционную, где все диагностические и лечебные мероприятия совмещают с предоперационной подготовкой.

Больных с выраженными признаками постгеморрагической анемии, но без явных признаков продолжающегося кровотечения направляют в отделение реанимации, где после катетеризации магистральной вены и начала интенсивной инфузионной терапии ему выполняют ЭГДС.

Наряду с решением диагностических задач современные эндоскопические аппараты позволяют при язвенных кровотечениях осуществить локальный гемостаз. Так, с помощью эндоскопов кровоточащую поверхность язвы орошают гемостатическими препаратами, осуществляют электро- и лазерную коагуляцию кровоточащих сосудов и язвенных дефектов. При наличии воспалительного вала вокруг язвы производят обкалывание слизистой оболочки смесью спирта и новокаина. В ряде случаев для прикрытия язвенной поверхности наносят различные клеевые пленкообразующие вещества.

При невозможности проведения ЭГДС с целью остановки кровотечения выполняют промывание желудка ледяной водой, внутривенное введение антисекреторных препаратов (40 мг омепразола, 20 мг фамотидина 2-4 раза в сутки), внутривенно капельно вводят 100,0-200,0 мл 5% раствора эпсилон-аминокапроновой кислоты, транексамовую кислоту

Тяжелым осложнением при желудочно-кишечном кровотечении является геморрагический шок.

Абсолютным показанием к переливанию крови при желудочно-кишечном кровотечении является показатель гемоглобина ниже 80.

Все случаи повторного кровотечения, если установлена его причина, служат показанием для срочного хирургического вмешательства, которое производят в сроки от 24 до 48 ч от момента поступления больного в стационар. При остановке кровотечения операцию, если она необходима, осуществляют в плановом порядке, после детального обследования больного и возмещения кровопотери на фоне предоперационной подготовки.

При кровотечениях из хронических или острых язв двенадцатиперстной кишки у лиц молодого и среднего возраста выполняют гастродуоденотомию с прошиванием язв и эрозий, служащих источником кровотечения. Завершается вмешательство стволовой ваготомией с дренирующей операцией (пилоропластика) или селективной ваготомией. Альтернативная операция — резекция желудка. У лиц пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями вмешательство ограничивается прошиванием источника кровотечения, т.е. кровоточащих сосудов язвы.

При кровотечении из хронических язв желудка адекватной по объему является резекция желудка, когда вместе с удалением язвы удаляется и гастринпродуцирующая зона.

При сомнении в доброкачественном характере язвы необходима ее интраоперационная биопсия, по результатам которой определяют объем резецируемой части желудка.

Для профилактики рецидива кровотечения применяют антисекреторные препараты, цитопротекторы (сукральфат по 0,5-1,0 г. 4 раза в сутки, висмута трикалия дицитрат по 120 мг 4 раза в сутки).

К антисекреторным препаратам относятся ингибиторы протонной помпы, антациды, H₂-блокаторы

Ингибиторы протонной помпы: Омепразол, Пантопразол, Эзомепразол

Антацидные препараты — точка приложения это нейтрализация соляной кислоты, выделенной париетальными клетками слизистой оболочки желудка (фосфалюгель, альмагель)

Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов: Фамотидин, ранитидин

С целью профилактики рецидива кровотечения применяют цитопротектор - сукральфат по 0,5-1,0 г. 4 раза в сутки.

10. Этиология, патогенез, классификация и клиника рака желудка.

Факторы риска. Главными причинами развития рака желудка являются алиментарные факторы и факторы внешней среды. К первым относится несбалансированная диета: чрезмерное употребление копченых, маринованных, вяленых продуктов, избыточное потребление поваренной соли, нитратов, недостаточное потребление молочных продуктов, овощей и фруктов. Ко вторым — профессиональные

вредности, ионизирующее излучение, низкокачественная питьевая вода, курение табака, злоупотребление алкоголем. Доказано влияние *Helicobacter pylori* на развитие рака желудка и генетических факторов.

Все вышеперечисленные причины способны вызвать развитие как предраковых заболеваний, так и непосредственно рака желудка.

Исходя из вышеизложенного, можно выделить группу риска, в которую будут входить люди, чрезмерно потребляющие соленые, копченые и консервированные продукты, злоупотребляющие курением, алкоголем, подвергающиеся ионизирующему излучению и имеющие генетическую предрасположенность к раку желудка.

Ведущее значение в патогенезе рака желудка имеют предраковые заболевания. Для них характерны патологические изменения слизистой оболочки желудка, которые при соответствующих условиях могут привести к раку.

К этим заболеваниям относятся:

- хронический атрофический гастрит;
- аденоматозные полипы желудка;
- пернициозная анемия и др.

Свойственные им изменения слизистой оболочки приводят к развитию кишечной метаплазии и атрофии слизистой, что в 3 раза увеличивает риск развития рака. Основной причиной развития гастрита является *Helicobacter pylori*. На протяжении длительного времени до 10% больных, страдающих хроническим атрофическим гастритом, заболевают раком желудка.

Классификация по системе TNM

T — первичная опухоль:

Tx — первичная опухоль не может быть оценена;

TO — первичная опухоль не определяется;

Tis (карцинома *in situ*) — интраэпителиальная опухоль без инвазии собственной пластинки слизистой оболочки;

T1 — инвазия опухоли в слизистый или подслизистый слой;

T2 — опухоль прорастает в мышечный слой;

T3 — опухоль прорастает в субсерозный слой;

T4 — опухоль прорастает в серозную оболочку, включая пенетрацию смежных органов и структур;

Клинические проявления рака желудка в разные стадии его развития многообразны. Заболевание начинается постепенно, с появления так называемых малых признаков, хотя до их появления бывает период бессимптомного течения, который можно выявить лишь при профилактическом фиброгастродуоденоскопическом исследовании. Иногда болезнь может проявиться внезапно в виде желудочного кровотечения или перфорации опухоли без предшествующих жалоб. Но, как правило, заболевший начинает без видимых причин ощущать общий дискомфорт в виде повышенной утомляемости, вялости, снижения интереса к окружающему, нарушение сна, снижение аппетита. Затем отмечается снижение работоспособности, к этому времени появляются бледность кожного покрова, землистый оттенок лица, после еды начинают возникать неприятные ощущения в верхней половине живота, чувство переполнения желудка. Все эти изменения относятся к категории «малых признаков».

По мере прогресса заболевания появляются местные симптомы в виде боли в эпигастриальной области, чувство тяжести после еды, быстрая насыщаемость, нарушение стула, отрыжка, тошнота, рвота, скрытые кровотечения, при пальпации в этой стадии заболевания может определяться опухолевидное образование.

В последующем присоединяются симптомы, характерные для различной локализации опухоли и осложнений. При локализации процесса в выходном отделе желудка появляются отрыжка тухлым, рвота пищей, съеденной накануне, шум плеска натошак, алиментарная дистрофия, общая дегидратация.

При локализации опухоли в кардиальном отделе желудка — дисфагия разной степени.

Осложнение в виде кровотечения проявляется рвотой кровью или «кофейной гущей», меленой, головокружением, холодным потом, тахикардией, снижением артериального давления. При перфорации появляются симптомы, характерные для развивающегося перитонита: внезапно появляющаяся интенсивная боль в эпигастральной области, напряжение мышц передней брюшной стенки, исчезновение перистальтики, появление вздутия живота.

При запущенной стадии заболевания у больного определяются увеличенные плотные лимфатические узлы в левой надключичной области, пальпируется увеличенная бугристая печень, у женщин определяются увеличенные бугристые яичники. Пальпируемая в эпигастральной области опухоль становится неподвижной, может определяться плотный узел в пупочном кольце.

В начальной стадии заболевания клиническая картина рака желудка проявляется симптомами, характерными и для других заболеваний желудка. С этими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.

Язва желудка отличается сезонным течением заболевания, как правило, более длительным анамнезом. Для язвы желудка характерна локализация на малой кривизне. Рак же может локализоваться в любом участке желудка. При этом у больных часто выявляется снижение кислотности, анемия. Окончательный ответ дает цитологическое и гистологическое исследование.

Полипы желудка довольно часто выявляются при фиброгастроскопии, они, как правило, не имеют выраженных клинических проявлений. Опасность представляют аденоматозные полипы, склонные к злокачественной трансформации. Окончательный диагноз устанавливается при морфологическом исследовании.

Лимфома желудка имеет скудную клиническую, эндоскопическую и рентгенологическую картину. Однако при этом заболевании при наличии выраженной распространенности процесса и лимфогенном распространении состояние больного остается вполне удовлетворительное. Для верификации диагноза необходима глубокая биопсия из нескольких участков с последующим иммуногистохимическим исследованием.

Саркома желудка отличается медленным ростом с редким поражением лимфатических узлов, локализуется обычно на передней или задней стенке желудка. Окончательный диагноз устанавливается после биопсии.

Диагностика. Алгоритм диагностических действий при раке желудка соответствует общепринятым стандартам. Первый этап — сбор анамнеза, при котором устанавливаются жалобы больного, сроки возникновения заболевания, наследственный анамнез, наличие сопутствующих заболеваний, наличие лекарственной непереносимости, профессиональные вредности.

На следующем этапе проводится физикальное обследование. При осмотре выявляются бледность кожи и слизистых оболочек, желтуха, кахексия. При пальпации живота — болезненность в эпигастральной области, объемное образование в проекции желудка, гепатомегалия, асцит, увеличение лимфатических узлов в левой надключичной области, метастазы в пупок, объемное образование в проекции яичников. Выявляемые при пальпации образования характерны для запущенной стадии заболевания.

Лабораторная диагностика предусматривает выполнение общеклинических исследований крови, мочи, биохимического анализа крови, коагулограммы. Эти исследования позволяют определить характерные для рака желудка изменения в виде анемии, ускоренной СОЭ, гипербилирубинемии, гипопропротеинемии. Определение онкомаркеров позволяет уточнить диагноз (при раке желудка РЭА повышен примерно у 1/3 больных).

Инструментальные методы исследования позволяют уточнить диагноз. При ФГДС определяются характер опухоли, ее распространение по стенке органа, обязательное выполнение биопсии дает возможность установить морфологическую структуру. При рентгенологическом исследовании

уточняются моторная и эвакуаторная функция желудка, наличие метастазов в легких. Обязательно выполнение УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза для выявления метастазов в печени, левом надпочечнике, яичниках, прямой кишке, при наличии асцита определяется свободная жидкость в брюшной полости.

Выполнение КТ и МРТ позволяет уточнить возможное прорастание опухоли в соседние органы, определить поражение лимфатических узлов в брюшной полости и забрюшинном пространстве. При подозрении на диссеминацию процесса по брюшине, нерезектабельности опухолевого процесса больному показано выполнение лапароскопии.

11. Лечение рака желудка. Послеоперационные осложнения и ведение больных в послеоперационном периоде.

После получения окончательных результатов всестороннего обследования больных раком желудка каждый пациент должен быть направлен на онкоконсилиум, где определяется лечебная тактика индивидуально для каждого больного. Эта тактика предполагает использование трех видов лечения:

- хирургическое лечение;
- химиотерапия;
- лучевая терапия.

Хирургическое лечение рака желудка. Все операции, производимые при раке желудка, делятся на 3 группы:

- 1) радикальные операции (тип А) — отсутствие отдаленных гематогенных метастазов и перитонеальной диссеминации;
- 2) условно радикальные операции (тип В) — отсутствие гематогенных метастазов и перитонеальной диссеминации при вероятном лимфогенном метастазировании в лимфоузлы 3-го порядка;
- 3) паллиативные операции (тип С) — наличие отдаленных метастазов, диссеминация, нерезектабельный местно-распространенный рак желудка, функциональная неоперабельность.

Целью радикального лечения больных раком желудка является достижение 5-летней выживаемости. Современные возможности эндоскопической диагностики и использование скрининга позволяют заметно расширить возможности выявления раннего рака желудка, особенность которого заключается в низкой частоте лимфогенного метастазирования. При оперативном лечении больных в этой стадии заболевания 5-летняя выживаемость приближается к 100%, а частота рецидивов не превышает 5%.

Для обеспечения компенсаторных и репаративных процессов, снижения риска послеоперационных осложнений и летальности больному показана краткосрочная предоперационная подготовка, включающая в себя:

- коррекцию водно-электролитного баланса, анемии, гипопротеинемии;
- компенсацию сопутствующих заболеваний сердечнососудистой, дыхательной, эндокринной систем, лечение хронических инфекций и т. д.;
- профилактику тромбоэмболических осложнений;
- декомпрессию желудка и парентеральное питание при стенозирующей опухоли;
- психологическую подготовку больного к предстоящему оперативному вмешательству.

Тактика хирургического лечения больных раком желудка включает в себя несколько этапов: выбор оперативного доступа, выбор объема операции, вмешательство на лимфатических путях, выбор способа завершения операции.

Выбор оперативного доступа лапаротомный доступ или тораколапаротомия.

Выбор адекватного объема операции при раке желудка зависит от стадии заболевания. Для радикальной операции обязательно выполнение следующих этапов:

- удаление желудка или его части, пораженной опухолью, удаление большого и малого сальников,

а также клетчатки с лимфатическими узлами регионарных зон;

— отсечение органа, отступая 3 см от края опухоли при ее экзофитной форме роста и 6 см — при эндофитной.

Для подтверждения радикальной операции должно выполняться срочное морфологическое исследование линии резекции по краям пересеченных органов.

К радикальным видам операций при раке желудка относятся: резекция желудка и гастрэктомия.

Резекция — удаление дистального или проксимального отдела желудка.

Гастрэктомия предусматривает выполнение полного удаления желудка и всех групп регионарных лимфатических узлов.

Удаление лимфатических узлов — вторая главная составляющая радикальной операции при раке желудка. Доказано, что поражение лимфатических узлов является одним из ведущих прогностических факторов.

Общепринятым объемом лимфаденэктомии в настоящее время при раке желудка является удаление лимфатических узлов 1-го и 2-го порядка, что обозначается как расширенная лимфаденэктомия D2.

Вопрос о необходимости спленэктомии как этапа расширенной лимфодиссекции при раке желудка остается открытым, так как частота поражения лимфатических узлов ворот селезенки не превышает 10%, что позволяет ограничить показания к спленэктомии и рекомендовать ее выполнение лишь в следующих случаях:

- при непосредственном распространении опухоли на селезенку;
- при интраоперационной травме селезенки;
- при наличии метастазов в лимфатических узлах ворот селезенки.

Методы завершения операций при раке желудка. Наиболее распространенным и надежным способом завершения операции является наложение анастомоза с тощей или тонкой кишкой.

При гастрэктомии оптимальным вариантом завершения операции также является формирование межкишечного и пищеводно-кишечного анастомозов. Для наложения анастомоза широко используются сшивающие аппараты.

Паллиативные операции у больных раком желудка производятся при осложненном течении опухолевого процесса, нерезектабельном раке, диссеминации по брюшине, крайне тяжелом общем состоянии больных. Эти операции не влияют на прогноз заболевания, однако улучшают качество жизни больных. При стенозе выходного отдела желудка опухолью больным выполняется гастроэнтеростомия с межкишечными анастомозами.

Послеоперационные осложнения.

Выделяют 2 группы ранних послеоперационных осложнений.

1. Хирургические осложнения:

- несостоятельность швов анастомоза;
- абсцессы брюшной полости;
- острый панкреатит;
- ранняя спаечная кишечная непроходимость;
- внутрибрюшные кровотечения;
- перитонит, медиастинит, эмпиема плевры.

2. Нехирургические осложнения:

- сердечная недостаточность, аритмии, инфаркт миокарда;
- тромбоз легочной артерии;
- пневмония;
- печеночная недостаточность;
- инфекция органов мочевыделительной системы.

Послеоперационное ведение больных. На вторые сутки после операции необходимо активизировать

больных, им назначают дыхательную гимнастику, на третьи сутки начинают стимуляцию моторики кишечника, зондовое питание. Питание через рот назначают на четвертые-пятые сутки (после гастрэктомии с обязательным рентгенологическим контролем). При отсутствии гнойно-септических осложнений антибактериальную терапию проводят в течение 6-7 дней антибиотиками широкого спектра действия.

Антикоагулянтную терапию проводят в течение первых 2 недель под контролем коагулограммы.

Химиотерапия. Адъювантная терапия при раке желудка применяется как дополнительный метод лечения, направленный на эрадикацию микрометастазов. Установлено, что у трети больных раком желудка I—II стадий в периферической крови выявляются циркулирующие опухолевые клетки или микрометастазы в костном мозге.

Проведенные исследования показали, что после хирургического лечения больных резектабельным раком желудка 5-летняя выживаемость составила 61,1 %, а при дополнении ее химиотерапией — 71,7%.

Лучевая терапия, или радиотерапия, также направлена на уничтожение раковых клеток за счет использования высокоэнергетического излучения. В ряде исследовательских работ отмечается заметное снижение частоты местных рецидивов. Однако рандомизированные исследования не выявили достоверного влияния адъювантной лучевой терапии на 5-летнюю выживаемость больных резектабельным раком желудка.

Химиолучевая терапия. В настоящее время накоплен достаточный опыт использования химиолучевой терапии у больных резектабельным раком желудка. При проведении в послеоперационном периоде лучевой терапии в сочетании с химиотерапией у больных IV стадии заболевания удалось увеличить общую и безрецидивную 3-летнюю выживаемость.

Дальнейшее ведение больных раком желудка. После проведенного лечения подавляющее большинство больных раком желудка подлежат направлению на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности.

Эффективность проведенного лечения оценивается с точки зрения качества жизни больных и на основании общей и безрецидивной выживаемости.

В течение первого года рекомендуется проводить контрольное обследование больных каждые 3 месяца, затем 1 раз в полгода, а в дальнейшем — 1 раз в год. Через 5 лет после операции обследование следует проводить ежегодно с обязательным физикальным обследованием, фиброэзофагогастродуоденоскопией, УЗИ или КТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, рентгенографией органов грудной клетки и стандартными клиническими и биохимическими анализами крови и мочи. Очень информативным методом наблюдения является мониторинг онкомаркеров в динамике.

Прогноз при раке желудка зависит от стадии и распространенности опухолевого процесса и характера проведенного лечения.

12. Уход за пациентами после резекции желудка.

Операция гастрэктомии — полное удаление желудка с обоими сальниками, регионарными лимфатическими узлами, заканчивающееся непосредственным соединением пищевода с тощей кишкой. Больной лишается органа механической и химической обработки пищи и внутренней секреции, стимулирующей кроветворные органы. Нередким осложнением этой операции является заброс содержимого тощей кишки в пищевод, раздражение последнего (до образования изъязвления) панкреатическим соком и желчью. Синдром рефлюкса наступает чаще после приема жирной пищи, молока, фруктов и выражается острой болью и жжением за грудиной и в подложечной области. Анемический синдром после гастрэктомии выражается в нарастающей анемии с сопутствующими диспепсическими расстройствами. После тотальной гастрэктомии встречаются расстройства и общего

характера: плохое самочувствие, астения, прогрессирующее похудание.

Профилактика этих осложнений возможна. Она заключается в строгом соблюдении предписанного больному режима питания и диеты, за чем должна следить медсестра. В питании пациента исключают стимуляторы желчеотделения и секреции поджелудочной железы. Все блюда готовят в вареном виде или на пару, непротертыми. Прием пищи — 5—6 раз в день небольшими порциями, тщательное пережевывание пищи, принимаемой вместе со слабыми растворами соляной или лимонной кислот. Систематический контроль питания больного по росто-весовому показателю. Величина этого показателя в пределах чисел 33—38 свидетельствует об удовлетворительном характере питания.

Полная физиологическая реабилитация больных наступает в более поздние сроки — к концу первого года после операции. Психосоциальной реабилитации у части больных мешает мнительность. Некоторые больные не выдерживают длительного соблюдения режима питания, нарушают его, переходят на 3—4-разовое питание, систематически не принимают желудочный сок или растворы соляной кислоты.

При **резекции желудка** вместе с опухолью удаляется не весь, а большая часть желудка. Культи желудка обычно соединяется с тощей кишкой. У пациента появляются болезненные симптомы. Недостаточно обработанная пища из желудка попадает непосредственно в тощую кишку большими порциями. Это вызывает раздражение начального отдела тощей кишки. Сразу же после еды или во время ее возникают чувство жара, приступ сердцебиения, потливость, головокружение до обморока, резкая общая слабость. Эти явления вскоре (через 15-20 мин.) после принятия горизонтального положения постепенно проходят. В других случаях тошнота, рвота и боли спастического характера наступают через 10-30 мин. после еды и длятся до 2 часов.

Они — результат быстрого продвижения пищи по петле тощей кишки и выключения из пищеварения двенадцатиперстной кишки.

Недостаточность моторной функции желудка можно восполнить тщательным пережевыванием пищи, медленной едой; секреторную функцию желудка можно урегулировать приемом во время еды желудочного сока или растворов соляной, лимонной кислот.

Больной и родственники при выписке из стационара получают подробный инструктаж о диете и режиме питания. Рекомендуются гипонатриевая (ограничение соли), физиологически полноценная диета с высоким содержанием белков, нормальным содержанием сложных и резким ограничением легкоусвояемых углеводов, нормальным содержанием жиров. Исключают сильные стимуляторы желчеотделения и секреции поджелудочной железы, а также продукты и блюда — сладкие жидкие молочные каши, сладкое молоко, сладкий чай, горячий жирный суп и др.). Все блюда готовят в вареном виде или на пару, протертыми. Для предохранения зубной эмали от разрушающего действия на нее соляной кислоты обычно рекомендуют больным готовить для себя слабые растворы ее во фруктовом соке или морсе. На 1 л фруктового морса — 1 столовая ложка 3% раствора хлористо-водородной (соляной) кислоты. Этот подкисленный морс принимать глотками во время еды. Это безвредно для зубов и приятно. При соблюдении режима питания, диеты, систематического приема раствора соляной кислоты полная реабилитация больного с восстановлением трудоспособности наступает в ближайшие 4—6 месяцев.

Ноющая боль в подложечной области, связанная с приемом и характером пищи, отрыжка, рвота являются показанием для направления больного на внеочередной осмотр онколога, исследования его рентгенологически и эндоскопически.