

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ № 3

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДПК

**Учебно-методическое пособие для ординаторов, слушателей,
практических врачей.**

Владикавказ 2024

Составители:

Кульчиев А.А. - зав. кафедрой хирургических болезней № 3, профессор, д.м.н.

Морозов А.А. - доцент кафедры хирургических болезней № 3 к.м.н.

Хестанов А.К. - профессор кафедры хирургических болезней № 3 д.м.н.

Перисаева Э.А. - ассистент кафедры хирургических болезней № 3

Карсанов А.М. - ассистент кафедры хирургических болезней № 3 к.м.н.

Хубулова Д.А. - ассистент кафедры хирургических болезней № 3 к.м.н.

Рецензенты:

Тотиков В.З. - зав. кафедрой хирургических болезней № 2 профессор, д.м.н.

Беслекоев У.С. - зав. кафедрой хирургических болезней № 1 доцент, к.м.н.

Учебное пособие содержит современные сведения по эпидемиологии, этиологическим факторам, клиническим проявлениям, классификационным критериям, комплексной диагностике, доказательным принципам лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Составлена на основании проекта национальных клинических рекомендаций.

Предназначено для ординаторов и врачей, обучающихся в системе послевузовского и дополнительного профессионального образования, по специальности хирургия.

Содержание

I.	Цели изучения темы	4 стр.
II.	Определение перфоративной язвы	4 стр.
III.	Эпидемиология перфоративной язвы.....	5 стр.
IV.	Этиология и патогенез перфоративной язвы	6 стр.
V.	Классификации перфоративной язвы.....	7 стр.
VI.	Диагностика перфоративной язвы.....	8 стр.
VII.	Клиническая симптоматика	8 стр.
VIII.	Дифференциальная диагностика перфоративной язвы	13 стр.
IX.	Лечение больных с перфоративной язвой.....	15 стр.
X.	Послеоперационное ведение	19 стр.
XI.	Тестовые задания	21 стр.
XII.	Эталоны ответов на тестовые задания	21 стр.
XIII.	Рекомендуемая литература	22 стр.

Цель занятия – изучить клиническое течение, диагностику перфоративной язвы. Возможные варианты методов хирургического лечения этой патологии, правила и принципы послеоперационного ведения больных

После изучения данной темы слушатель должен знать:

1. Историю хирургического лечения перфоративной язвы.
2. Клинику перфоративной язвы.
3. Диагностику перфоративной язвы.
4. Тактика хирурга при отказе больного от хирургического лечения.
5. Возможные методы хирургического лечения перфоративной язвы.
6. Ведение послеоперационного периода.

уметь:

- Поставить диагноз – перфоративная язва.
- Оценить степень выраженности воспалительного процесса.
- Правильно интерпретировать данные инструментальных методов обследования.
- Выбрать оптимальный объём операции в зависимости от конкретной клинической ситуации.
- Назначить адекватный объём лечения в послеоперационном периоде.

Вопросы для обсуждения:

1. История хирургического лечения перфоративной язвы.
2. Классификация перфоративной язвы по локализации.
3. Клиника перфоративной язвы
4. Диагностика перфоративной язвы
5. Консервативный метод лечения перфоративной язвы в конкретной клинической ситуации.
6. Виды хирургического лечения.
7. Ведение послеоперационного периода.
8. Отдаленные результаты лечения перфоративной язвы в зависимости от метода лечения.

Определение. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки – это острое хирургическое заболевание живота, которое образуется в результате сквозного разрушения в центре стенки острой, либо хронической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, которое, как правило, открывается, в свободную брюшную полость или в забрюшинное пространство, а иногда в окружающие органы и сальниковую сумку.

Код МКБ 10: K25, K 26, K 28. Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, язва гастроэнтероанастомоза, осложненная перфорацией.

Эпидемиология. Перфоративная язва развивается у 2% - 10% больных язвенной болезнью. Основная часть больных — лица молодого и среднего возраста, причем в 7—10 раз преобладают мужчины [1,2,4,6]. В Республике Беларусь проведено изучение причин заболеваемости перфоративной язвой за 5 десятилетий 20-го века и за первые 3 года 21-го века. Начиная с 60-х годов заболеваемость перфоративными язвами, колебалась в диапазоне 11,7—14,6 на 100 тыс. населения. В последующем к концу 90-х годов, заболеваемость выросла до 25,9 на 100 тыс. населения, причем этот период отмечен как наиболее бурный в росте заболеваемости перфоративными язвами. Начало 21 века не дало повода для оптимизма. Бурный рост заболеваемости перфоративными язвами, имевший место 10 лет назад, прекратился, но относительная стабилизация этого показателя сохранялась на достаточно высоком уровне - 26,9 случая на 100 тыс. населения в 2001 году. Средняя летальность в этот же период колебалась, но в сторону уменьшения с $4,8 \pm 0,2\%$ (60-е годы) до $2,8 \pm 0,2\%$ (90-е годы). Послеоперационная летальность при перфоративных язвах в современных условиях колеблется от 3,1% до 19,4%, а при поступлении в стационар позже 24 часов, показатель возрастает в 3—4 раза [9].

Заболеваемость перфоративной язвой за 2011-2013 годы по Центральному Федеральному округу РФ колебалась от 19,7 до 17,4 на 100000 населения. Летальность при перфоративной язве по Центральному Федеральному округу РФ в 2011 – 2013 годах колебалась от 12,1% до 13,3%. При исследовании установлено, что большинство больных являются представителями рабочих специальностей, как правило, имеют не высокий уровень образования, низкий материальный достаток, часто семейную и бытовую неустроенность, высокую частоту вредных привычек, в первую очередь курения [5,7,10]. У 90-95% больных перфоративные язвы возникают

на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки и только у 5- 10% на задней. Перфорация язв двенадцатиперстной кишки наблюдаются в 60-70%, а язв желудка в 30- 40% случаев. В желудке они локализуются в пилорическом и препилорическом отделах, в средней и нижней трети малой кривизны, реже - в субкардиальном и кардиальном отделах.

Факторы риска развития язвенной болезни и её осложнений.

Нарушение режима и характера питания, нервно-психический фактор (стрессы), повышение секреции желудочного сока и снижение активности защитных факторов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (мукопротеинов, бикарбонатов), наличие *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), злоупотребление алкоголем, курение.

Этиология и патогенез. Язва образуется в результате нарушения равновесия между агрессивными и защитными механизмами слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. К агрессивным факторам относят: соляную кислоту, пепсин, желчные кислоты. К защитным факторам относят: секрецию слизи, выработку простагландинов, обновление клеток эпителия, адекватное кровоснабжение слизистой оболочки. Присутствие *H.pylori* всегда сопровождается морфологическими признаками гастрита: нейтрофильная инфильтрация эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки (отражающая активность гастрита), а также мононуклеарная инфильтрация (отражающая выраженность гастрита). После эрадикации *H.pylori* эти морфологические признаки исчезают.

Инфекция *H.pylori* приводит к замедлению заживления язв желудка и двенадцатиперстной кишки, при этом тесно связана с факторами агрессии. *H.pylori* непосредственно, или опосредованно через цитокины моноцитов и лимфоцитов воспалительного инфильтрата приводит к дисгармонии во взаимоотношениях G-клеток, продуцирующих гастрин, и D-клеток, продуцирующих соматостатин и играющих важнейшую роль в регуляции функционирования париетальных клеток. Гипергастринемия вызывает усиленное образование париетальных клеток и повышение продукции

соляной кислоты. Важным результатом эрадикации *H.pylori* является купирование острого воспаления и снижение частоты рецидивов язвы до 5-10% случаев.

Исследования последнего времени показали, что после каждого вида операции по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы остается обсемененность слизистой желудка *H.pylori* различной степени выраженности [5,15]. Высокая степень обсеменённости обнаружена у 1,7% больных после резекции желудка, у 12,7% - после ушивания перфоративной язвы и у 16,1% - после иссечения перфоративных язв. Во всех случаях после операций по поводу перфоративной язвы отдаленный период сопровождается очаговым гастритом или пангастритом [4, 14, 18].

При морфологических и морфометрических исследованиях краев перфоративных язв и тканей вокруг перфорации, установлено, что наиболее выраженные фибропластические и острые воспалительные изменения наблюдаются в зонах, непосредственно примыкающих к язвенному дефекту, и сохраняются на расстоянии не менее 0,5 см от него. На расстоянии 1 см от края перфорации и далее наблюдаются умеренно выраженные фибропластические и минимальные воспалительные процессы, распространяющиеся и на более отдаленные участки стенки двенадцатиперстной кишки. Сделан вывод о том, что при выполнении операции по поводу перфорации язвы двенадцатиперстной кишки у больных с диаметром пальпируемого инфильтрата до 3 см, необходимо иссекать язву, отступя от края перфоративного отверстия не менее 1 см [3].

Классификация. Ранее предложенные классификации перфоративных язв основаны на клинико-анатомических принципах (Г.М.Зорохович,1924; С.С.Юдин,1935; Мондор, 1939; В.В.Орнатский,1952; Д.П.Чухриенко,1968). В практической хирургии следует применять классификацию перфоративных язв, влияющую на правильный основной диагноз и тактику лечения. К такой классификации перфоративных гастродуоденальных язв относится классификация В. С., Савельева, 2005 (12): 1. По этиологии: перфорация

- хронической и острой язвы (гормональной, стрессовой и др.);
2. По локализации: а) язвы желудка (малой и большой кривизны, передней и задней стенки в антральном, препилорическом, пилорическом, кардиальном отделе либо в теле желудка); б) язвы двенадцатиперстной кишки (бульбарные, постбульбарные);
3. По клинической форме: а) прободение в свободную брюшную полость (типичное, прикрытое); б) атипичная перфорация (в сальниковую сумку, малый или большой сальник – между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость); в) сочетание перфорации с кровотечением в желудочно-кишечный тракт.
4. По фазе перитонита (по клиническим периодам): фаза химического перитонита (период первичного шока); фаза развития бактериального перитонита и синдрома системной воспалительной реакции (период мнимого благополучия); фаза разлитого гнойного перитонита (период тяжелого абдоминального) сепсиса.

Примеры формулировок основного диагноза:

1. Язва двенадцатиперстной кишки. Перфорация. Подпеченочный абсцесс.
2. Язва желудка. Пенетрация в печечно-двенадцатиперстную связку. Прикрытая перфорация. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

Диагностика. Диагностику перфоративной язвы следует отнести к экстренным мероприятиям и выполнять в короткий период. Благодаря типичной клинической картине в 80 - 90% случаев, в течение 1 часа после поступления больного в стационар удастся установить диагноз. При наличии перфоративной язвы, должна быть выполнена операция по экстренным показаниям. При отсутствии перфоративной язвы должно быть выявлено другое заболевание, по поводу чего необходимо продолжить лечение.

Важную роль в диагностике перфоративной язвы играют: клиническая симптоматика, лабораторное и инструментальное обследования.

Клиническая симптоматика. Клиническое течение заболевания условно делят на 3 периода: 1й период - первичного шока (от момента

заболевания до 6 часов, включая перфорацию и истечение содержимого в брюшную полость); 2й период - мнимого благополучия (6 - 12 часов, инфицирование излившегося содержимого и развитие бактериального перитонита); 3й период - абдоминального сепсиса (12 - 24 часа, развитие разлитого гнойного перитонита).

Первый период — первичного шока.

Клиническая диагностика 1го периода заболевания: внезапная резкая боль в животе (подложечная область), напряжение мышц брюшной стенки – «деревянный или доскообразный живот» (признаки прободной язвы Г. Мондора (1939) (11).

Боль из подложечной области, быстро распространяется по всему животу. Боль настолько сильна, что больной покрывается холодным потом, бледнеет, падает. Боль отдает в область ключицы или лопатку (симптом Элекера), в правую — при перфорации язвы, расположенной в пилорoduodenальной зоне, в левую — при язве дна и тела желудка. Боль выражена не значительно при перфорации язв задней стенки двенадцати- перстной кишки и кардиального отдела желудка, когда его содержимое попадает в забрюшинную клетчатку или сальниковую сумку.

Признаки нарастающей интоксикации: больной бледен, сильная жажда, сухость слизистой рта и губ, покрыт холодным потом, губы цианотичны, черты лица заострены, конечности холодные. Артериальное давление снижено, пульс замедлен, дыхание частое, поверхностное.

Клиническое обследование: вынужденное положение больного с согнутыми коленями, боль при движении, страдальческое выражение лица, бледные кожные покровы, тахикардия, тахипноэ, положительные симптомы раздражения брюшины: Щеткина — Блюмберга, Воскресенского, Раздольского, при перфорации язв задней стенки двенадцатиперстной кишки подкожная эмфизема в области пупка (симптом Vigyazo, 1927), в левой надключичной области (симптом Podlaha, 1926). При перкуссии можно установить исчезновение печеночной тупости при наличии газа в свободной

брюшной полости. При наличии жидкости в подвздошных областях при перкуссии появляется «тупость». Аускультативные симптомы могут быть представлены триадой Guislon: распространение сердечных тонов до уровня пупка; перитонеальное трение, аналогичное шуму трения плевры; металлический звон или серебристый шум, обусловленный выходом пузырьков газа из желудка. При ректальном исследовании определяется болезненность в области дугласова пространства (симптом Куленкампа).

Рентгенологическое исследование в первом периоде заболевания предпринимается для обнаружения пневмоперитонеума (обнаружен и описан Levi — Dorn (1913), Wailand (1915). Встречается в 50—80% случаев. Газ в свободной брюшной полости при перфоративной язве встречается при обследовании больного в вертикальном положении в виде серповидной прослойки величиной 3—7 см между диафрагмой и печенью, диафрагмой и желудком. Если свободный газ в брюшной полости не определяется в вертикальном положении, следует обследовать больного в боковой позиции. В положении на левом боку можно обнаружить свободный газ справа, между наружной поверхностью печени и боковой стенкой брюшной полости. При отсутствии газа необходимо исследовать больного на правом боку. В таком положении можно обнаружить газ между наружным отделом селезенки и боковой стенкой брюшной полости или наблюдать деформацию дугообразного контура желудка (феномен Юдина). При диагностике пневмоперитонеума следует иметь в виду возможность интерпозиции толстой кишки между диафрагмой и печенью (синдром Cheladiti).

В клинике Mayo с 1940 г., в затруднительных случаях использовали пневмогастрографию. При мотивированных подозрениях на прободную язву через тонкий желудочный зонд вводят 200— 500 мл воздуха, немедленно повторяют снимки, а затем отсасывают воздух.

Ультразвуковое исследование при перфоративной язве позволяет выявить в брюшной полости наличие жидкости и свободный газ. Роль УЗИ при перфоративной язве пока носит вспомогательный, второстепенный

характер. Этот метод уверенно пропагандируют специалисты высокого уровня, имеющие богатый опыт УЗИ исследования больных с перфоративной язвой. При УЗИ всегда выявляется утолщенный, значительно пониженной эхогенности участок стенки органа, имеющей перфорацию. Патогномоничный ультразвуковой симптом перфорации - перерыв наружного контура стенки органа в области язвенного дефекта, который заполнен высокоэхогенным содержимым и располагается именно в зоне утолщения. Язвенный дефект при УЗИ наиболее часто выглядит в виде конуса или неправильного конусовидного образования. «рыбьего глаза» (по Т. Yoschizumi) [8,16,19].

Гастродуоденоскопия выполняется при отсутствии явных признаков перфоративной язвы: при сохраняющейся боли в животе, при наличии перитонеальных симптомов, при лейкоцитозе. Гастродуоденоскопия позволяет установить наличие перфоративной язвы в 90% случаев. При сохранении сомнений в диагнозе перфоративной язвы и перитонита выполняется лапароскопия.

Лапароскопия в трудных диагностических случаях может быть выполнена в экстренном порядке и по мере обнаружения, перфоративное отверстие должно быть устранено.

Выполнение диагностических мероприятий 1го периода заболевания позволяет перейти к хирургическому лечению перфоративной язвы у 80-90% поступающих больных.

Предоперационный период - начинается при поступлении больного в приемное отделение и возникновении подозрения на перфоративную язву и продолжается до начала операции.

Объем организационно - диагностических мероприятий при перфоративной язве в предоперационном периоде.

1. Приемное отделение: осмотр дежурным хирургом, ответственным дежурным хирургом или заведующим отделением.
2. Лабораторная диагностика: определение количества лейкоцитов, эритроцитов, гемоглобина и гематокрита в периферической крови (общий

анализ крови), биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, креатинин), определение группы крови и Rh-фактора, кардиолипидная реакция (кровь на RW), время кровотечения, свертываемость, ПТИ (протромбин по Квику, МНО), анализ мочи (физико-химические свойства, микроскопия осадка).

3. Специальные исследования: исследование ЧСС (пульса), артериального давления (АД), температуры тела, обзорная рентгенография брюшной полости, пальцевое исследование прямой кишки, вагинальное исследование женщин.

4. Больные с установленным диагнозом «перфоративная язва» должны направляться для предоперационной подготовки в реанимационное отделение.

5. Осмотр анестезиологом-реаниматологом.

6. Выведение желудочного содержимого желудочным зондом без промывания желудка. Вопрос об оставлении зонда решает врач анестезиолог-реаниматолог, выведение мочи катетером, после чего катетер остается в мочевом пузыре, общая гигиеническая обработка.

7. Антибиотикопрофилактика, с применением доступных антибиотиков до выполнения операции и в ходе операции, по согласованию оперирующего хирурга и врача-анестезиолога.

У больных с перфоративной язвой в первом периоде заболевания со стабильной гемодинамикой предоперационную подготовку рекомендуется проводить 1 – 1,5 часа. Объем, вводимых растворов, и их ассортимент определяется реаниматологом и хирургом, в зависимости от состояния больного.

Следует помнить, что при выполнении лапаротомии, по поводу предполагаемой перфоративной язвы желудка, могут появиться следующие симптомы: наличие капель росы на подкожно - жировой клетчатке, в зоне разреза брюшной стенки; возникновение эффекта выхода воздуха при вскрытии брюшинного листка; положительная проба с йодным раствором на

наличие крахмала.

Дифференциальная диагностика перфоративной язвы.

Перфоративную язву необходимо дифференцировать с острым аппендицитом, острым холециститом, острым панкреатитом, расслаивающейся аневризмой аорты, инфарктом миокарда (таблица 1).

Таблица 1

Совпадение и отличие клинических симптомов при дифференциации перфоративной язвы.

Заболевание	Совпадение клинических симптомов	Отличие клинических симптомов
Острый аппендицит	Боль сначала в эпигастрии, затем спускается в правую подвздошную область. Возможна рефлекторная рвота.	Отсутствие свободного газа под диафрагмой.
Острый холецистит	Боль в эпигастрии и в правом подреберье.	Отсутствие свободного газа под диафрагмой. При УЗИ наличие конкрементов и увеличенный желчный пузырь (более 10 см).
Панкреатит	Сильная боль в эпигастрии.	Отсутствие свободного газа под диафрагмой. Множественная рвота. Повышение уровня диастазы мочи и амилазы крови.
Расслаивающаяся аневризма аорты	Сильная боль в эпигастрии.	Отсутствие свободного газа под диафрагмой. Аускультативно в эпигастрии шум турбулентного течения. При УЗИ возможно определить формирующуюся аневризму.
Инфаркт миокарда	Сильная боль в эпигастрии.	Признаки ишемии на ЭКГ

Второй период — мнимого благополучия.

Клиническая диагностика 2го периода заболевания: острая боль в животе и напряжение мышц брюшной стенки исчезают. Субъективно больной отмечает улучшение. Объективно живот становится мягче, нормализуется артериальное давление и пульс. Симптомы раздражения брюшины остаются, но реакция больного при проверке менее выражена. Возможно появление дисфагических симптомов: рвота, изжога, задержка стула и газов.

Третий период — абдоминального сепсиса.

Клиническая диагностика 3го периода заболевания. Третий период это период развивающегося перитонита. Клинические симптомы в этот период соответствуют типичной картине разлитого перитонита. Субъективно больной отмечает ухудшение. Объективно живот вздут, признаки пареза кишечника, отсутствует перистальтика, снижается артериальное давление, нарастает тахикардия. Симптомы раздражения брюшины остаются, реакция больного при проверке более выражена. Нарастают дисфагические симптомы: отрыжка жидкостью темного цвета, рвота, задержка газов.

Прикрытая перфоративная язва описана впервые в 1912 г. А. Шницлером и встречается в 5—8% случаев. Закрытие отверстия в желудке или двенадцатиперстной кишке может произойти соседними органами, фибрином, частицами пищевых масс.

Клиническая картина в таких случаях меняется, становится менее ясной. После характерного начала, боль и напряжение мышц постепенно уменьшаются, а состояние больного улучшается. Характерной клинической особенностью прикрытой перфорации является длительное стойкое напряжение мышц брюшной стенки в правом верхнем квадранте живота при общем хорошем состоянии больного (симптом Ратнера — Виккера). Еще более трудна диагностика атипичной перфорации (перфорация в забрюшинную клетчатку). В таком случае может наблюдаться клиника

флегмоны забрюшинной клетчатки. Диагностика таких перфораций бывает трудной и требует комплексного подхода по описанным выше алгоритмам.

Лечение больных с перфоративной язвой хирургическое.

Целью лечения при перфоративной язве является сохранение жизни больного, ликвидация перфоративного отверстия и проведение комплексного лечения по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Подозрение на возникновение перфоративной язвы является показанием к экстренной госпитализации больного в хирургический стационар.

Основной принцип лечения перфоративных язв, ставший каноническим сформулировал J. Mikulicz-Radecki: «Каждый врач, столкнувшийся с перфорацией язвы дуоденальной, желудка или кишечника, обязан выполнить лапаротомию, ушить отверстие и предотвратить возможное воспаление тщательным промыванием брюшной полости». Поразительно исчерпывающий и самодостаточный, этот принцип не претерпел существенных изменений более 120 лет (6).

Консервативная терапия может быть проведена при категорическом отказе больного от оперативного лечения или при невозможности её выполнения из-за отсутствия соответствующих условий. Используется метод Тейлора (1946). Метод выполняется путем активной аспирации содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки дуоденальным зондом. Одновременно проводится противовоспалительная терапия.

Анестезиологическое обеспечение: общее обезболивание, метод выбора — эндотрахеальный наркоз.

Хирургическое лечение.

В настоящее время основным методом лечения перфоративной язвы является хирургическая операция, которая может быть выполнена двумя путями: лапаротомическим и лапароскопическим.

Известно более 30 способов лечения перфоративной язвы. Из большого

количества операций чаще применяют: ушивание перфоративного отверстия, закрытие перфоративного отверстия сальником на ножке, первичную резекцию желудка, иссечением язвы с пилоропластикой и с различными вариантами ваготомии. Принципиальным моментом выбора характера операции на современном этапе является её наименьшая травматичность для пациента, а не её радикальность. Выбор конкретного плана операции остается за хирургом.

Ушивание перфоративной язвы.

Показания для ушивания: а) наличие “немой” язвы при диаметре перфоративного отверстия не более 0,5 см; б) при давности перфорации свыше 12 часов при наличии распространенного перитонита (17).

При операции по поводу перфоративной язвы должны быть предусмотрены 4 компонента: ликвидация перфорации язвы, санация брюшной полости, комплексное противоязвенное лечение, включая инъекционные формы ингибиторов протонной помпы (ИПП), лечение перитонита.

Выбор метода ушивания перфоративной язвы - наиболее простым, эффективным и доступным методом является ушивание: однорядным узловым, П-образным или кисетным швами. При сомнении в герметичности первого шва накладывается второй ряд швов.

Резекция желудка

Возможные показания для резекции желудка при перфоративной язве независимо от момента заболевания следующие: а) стеноз привратника, б) подозрение на малигнизацию язвы, в) пенетрация язвы, г) сопутствующее желудочно-кишечное кровотечение; д) наличие перфоративного отверстия более 0,5 см в диаметре, е) множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, ж) повторная перфорация.

Противопоказания для резекции желудка при перфоративной язве: общие (тяжелое состояние пациента, старческий возраст (с тяжелым нарушением сердечной деятельности, ХОБЛ), выраженная сопутствующая

патология), распространенные формы перитонита в поздних стадиях, наличие системных расстройств, техническая невыполнимость вмешательства (отсутствие профессиональных навыков резекции, отсутствие надлежащих инструментов и расходных материалов).

Показания для лапароскопической резекции желудка: а) наличие перфоративного отверстия более 0,5 см в диаметре, б) сопутствующее, остановившееся желудочно-кишечное кровотечение.

Выбор метода резекции желудка остается за оперирующим хирургом.

Иссечение перфоративной язвы с пилоропластикой и ваготомией

Показания для иссечения перфоративной язвы с пилоропластикой и ваготомией: а) наличие перфоративного отверстия более 0,5 см в диаметре, б) перфорация хронической язвы с локализацией в двенадцатиперстной кишке или в пилорoduodenальной зоне, в) язвы, осложненные пилорoduodenальным стенозом или пенетрацией.

Показания для лапароскопического иссечения перфоративной язвы с пилоропластикой и ваготомией: а) наличие перфоративного отверстия более 0,5 см в диаметре, б) сопутствующее, остановившееся желудочно-кишечное кровотечение.

Технически наиболее просты, эффективны и надежны - иссечение язвы, отступя от края перфоративного отверстия 1 см (Вачев А.Н. с соавторами, 2011), с пилоропластикой по Финнею, гастродуоденостомией по Джабулею и двухсторонней стволовой поддиафрагмальной ваготомией.

При каллезных язвах с большим отверстием, при затруднениях в выборе варианта операции, Neumann (1907) предложил вводить в перфоративное отверстие резиновую трубку, окутывать ее сальником и наружный конец трубки выводить через отдельный разрез. В последующем трубка извлекается, а свищ самостоятельно заживает.

Smolinski (1966) применил эту методику у 12 больных. Он использовал Т - образный дренаж Кера, через который отсасывал жидкость, при этом не нарушалась проходимость желудка и двенадцатиперстной кишки. Через

сутки трубку начинали зажимать. У 12 больных автор не отметил осложнений.

Операции при нестандартной ситуации.

К нестандартным ситуациям можно отнести: перфорацию больших каллезных, пенетрирующих язв, перфорацию рака желудка, перфорацию на фоне пилородуоденального стеноза, перфорацию на фоне кровотечения.

Перфорация большой каллезной язвы желудка. Опасность - ушивание приводит к прорезыванию швов и увеличению размеров перфоративного отверстия. Действия хирурга - тампонирование большим сальником; введение в перфоративное отверстие дренажа (катетер Фоллея); формирование гастростомы по Топроверу; фиксация вокруг дренажа большого сальника; резекция желудка.

Перфорация рака желудка. Интраоперационная тактика не отличается от предыдущей. После операции необходимо согласовать дальнейшую тактику лечения с онкологом.

Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрирующей в окружающие органы. Опасность: попытка ушивания и тампонирования без выделения всей окружности перфоративного отверстия приводит к несостоятельности. После выделения всей окружности, двенадцатиперстная кишка может представлять двустволку. Действия хирурга - если после выделения окружности перфорации, образования двустволки не произошло, то можно выполнить тампонирование перфоративного отверстия или сформировать дуоденостому, с фиксацией большого сальника вокруг трубки. В этой ситуации лучше выполнить пилороластику или резекцию желудка. Если при выделении всей окружности произошло образование двустволки, показана резекция желудка.

Перфорация на фоне стеноза (когда толстый желудочный зонд не проходит в нисходящую часть двенадцатиперстной кишки). Опасность: ушивание язвы в этой ситуации, часто приводит к развитию гастростаза,

несостоятельности ушитого перфорационного отверстия или развитию желудочного эрозивного кровотечения. Действия хирурга - ушивание (тампонирование) перфоративного отверстия с наложением обходного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом. Желательно дополнить двухсторонней стволовой ваготомией.

Перфорация на фоне кровотечения. Если у больного при зондировании желудка имеется примесь крови или кофейной гущи, то необходимо выполнить ФГДС для диагностики источника кровотечения (перфоративное отверстие или «зеркальная» язва двенадцатиперстной кишки). При невозможности выполнить ФГДС, показана интраоперационная ревизия задней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки или ревизия после иссечения язвы по типу гастродуоденотомии. Опасность: развитие гастродуоденального кровотечения. Действия хирурга - при кровотечении из перфоративного отверстия, его иссечение и пилоропластика по Финнею, при наличии язвы двенадцатиперстной кишки; при кровотечении из язвы задней стенки возможно иссечение язвы передней стенки с прошиванием язвы задней стенки тремя П-образными швами (по типу «Мерседес») с переходом в пилоропластику по Финнею. Эти операции необходимо дополнять стволовой ваготомией.

Послеоперационное ведение. Динамический наблюдение за основными показателями жизнедеятельности; коррекция водно-электролитного баланса; антибиотики и обезболивающие средства; профилактика тромбоэмболических осложнений; аспирация по зонду; зонд удаляют после появления перистальтики; контроль количества отделяемого по дренажу из брюшной полости. Дренаж, при отсутствии отделяемого, удаляют на 2-3 сутки. Противоязвенная терапия.

Критерии неблагоприятного течения послеоперационного периода. Сохранение интоксикации, гектический характер температуры более 6-7 дней; парез желудочно-кишечного тракта, не разрешающийся на фоне стимуляции кишечника, нарастание в динамике болевого синдрома.

Действия хирурга - организация консилиума врачей хирургов; диагностика сопутствующих осложнений (пневмония, пиелонефрит, декомпенсация хронических заболеваний, нагноение раны). Независимо от находок, необходимо с уверенностью исключить интраабдоминальные осложнения. К наиболее частым из них относятся: несостоятельность ушитого перфоративного отверстия, желудочно-кишечное кровотечение, прогрессирующий перитонит.

Несостоятельность ушитого прободного отверстия.

Диагностика: УЗИ брюшной полости - наличие скопления жидкости (перитонит, абсцесс). Отсутствие жидкости в брюшной полости говорит в пользу экстраабдоминальных осложнений. Хромофистулоскопия: при наличии дренажа брюшной полости per os дается раствор синьки (зеленки, свекольного сока). Появление окрашенной жидкости по дренажу свидетельствует о несостоятельности. Отсутствие окрашенной жидкости в брюшной полости не свидетельствует об отсутствии несостоятельности.

При невозможности исключить несостоятельность показана лапароскопия или лапаротомия.

Действия хирурга - при диагностированной несостоятельности, в зависимости от причины, приведшей к ее развитию, возможно выполнение повторного ушивания, иссечения с пилоропластикой или резекции желудка.

Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта.

Диагностика: ФГДС после промывания желудка.

Действия хирурга - при наличии эрозий показана консервативная терапия. При кровотечении из зоны ушитой перфорации или сочетанной язвы показано проведение эндоскопического гемостаза. При невозможности или неэффективности – релапаротомия.

Прогрессирующий перитонит без несостоятельности.

Действия хирурга - смотри главу по лечению перитонита.

Причины высокой летальности. Поздняя операция (более 24 часов после перфорации); пожилой возраст больного и декомпенсация хронических

заболеваний; прогрессирующий перитонит; неправильный выбор метода операции.

Реабилитация. Больной, перенесший ушивание перфоративной язвы, должен продолжать лечение по поводу язвенной болезни и диспансерное наблюдение у участкового терапевта или гастроэнтеролога по месту жительства.

ТЕСТЫ К ТЕМЕ: «ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА»

1. Первое успешное ушивание перфоративной язвы произведено Хейснером в
 - 1870г.
 - 1892.
 - 1902г.
2. Ведущим симптомом при перфоративной язве:
 - Внезапная резкая боль в животе.
 - Тошнота и рвота.
 - Судороги.
3. Перфорация бессимптомных язв встречается в
 - 5%
 - 10%
 - 18%
4. На рентгенограмме брюшной полости свободный газ образуется в
 - 100%
 - 70%
 - 50%
5. Метод лечения по Тейлору заключается в
 - Установка назогастрального зонда + антибиотики
 - Антибиотики + голод
 - Лапаротомия + ушивание

Эталоны ответов на тестовые задания:

- 1 – 1902г.;
- 2 – Внезапная резкая боль в животе;
- 3 – 18%;
- 4 – 70%;
- 5 - Установка назогастрального зонда + антибиотики

Литература.

1. Антонов О.Н., Александров А.В., Негребова М.М., Рыбальченко А.В. Влияние способа хирургического лечения у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки на результаты в отдаленном периоде. Материалы III съезда хирургов юга России с международным участием 18-20 сентября 2013г. с.89-90.
2. Балогланов Д.А. Хирургическое лечение перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия №11, 2010, с.76-78.
3. Вачев А.Н., Козлов А.А., Сухачев П.А., Дергаль С.В., Ларина Т.В. Морфологическое обоснование объема иссекаемой ткани при операции по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Хирургия №2, 2011, с.21-24.
4. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А.Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. Хирургия №3, 2009, с.10-16.
5. Дряженков И.Г., Аленкин А.Г., Быков А.С. Результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с прободными гастродуоденальными язвами. Материалы III съезда хирургов юга России с международным участием 18-20 сентября 2013г. с.94.
6. Крылов Н., Винничук Д. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды.- Врач.- №1,2012,с. 15-20.
7. Курбанов Ф.С., Балогланов Д.А., Сушко А.Н., Асадов С.А.Операции минимального объема в хирургическом лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия №3,2011.с 44-48.
8. Лемешко З.А., Пиманов С.И. Ультразвуковое исследование желудка // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике: В 5 т. / Под ред. В.В. Митькова. - М.: Видар, 1997. - Т. 4, гл. 1. - С. 9-39.

9. Лобанков В.М. «Хирургическая эпидемиология» язвенной болезни в Беларуси в период с 1990 по 2004 год // Вестник хирургической гастроэнтерологии . - 2007.-№1-с.50-55.
10. Лобанков В.М. Медико-социальные аспекты хирургии язвенной болезни в Беларуси.- LAP Lambert Academic Publishing.- Saarbrücken, 2011.- 266 с.
11. Мондор Г. Неотложная диагностика. Живот. Медгиз,1939. Том 1; 2е издание, 400 С.
12. Савельева В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости.- М., Издательство «Триада-Х», 2005.- 640 с.
13. Циммерман Я.С. Нерешенные и спорные вопросы современной гастроэнтерологии.- М.: МЕДпресс, 2013.- 224 с.
14. Чернооков А. И., Наумов Б. А., Яковченко А.В., Сильчук Е. С., Плутин О. Г. Тактика хирургического лечения больных с сочетанными осложнениями язв двенадцатиперстной кишки в экстренной хирургии.Анналы хирургии №2, 2010, с.11-18.
15. Arici C. et al. Analysis of risk factors predicting (affecting) mortality and morbidity of peptic ulcer perforations. Int Surg 2007; 92: 3: 147—154.
16. Li C.H. et al. Predictive model for length of hospital stay of patients surviving surgery for perforated peptic ulcer. Formos Med Assoc 2009; 108: 8: 644—652.
17. Søreide, K. Thorsen K. and Søreide J. A. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer.- Brit.JSurg.2014; 101: e51—e64
18. Song K.Y. et al. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers: the simple one-stitch suture with omental patch technique. Surg Endosc 2008; 22: 7: 1632—1635.
19. Yoschizumi T., Ikeda T., Ohta S. et al. Abdominal ultrasonography reveals the perforation site of duodenal ulcers. In Process Citation. Surg Endosc 2001; 15: 7: 758.

