

ПЕРФОРАЦИЯ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА

- Кафедра госпитальной хирургии ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Федерального управления здравоохранения и социального развития РФ



ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА. СТАТИСТИКА

- 1892 год - Гейснер (Hausner) впервые ушил прободную язву желудка с благоприятным исходом.
- 1902 год - Keetley впервые с благоприятным исходом произвел резекцию желудка при прободной язве.
- 40% всех осложнений язвенной болезни, абсолютно требующих оперативного вмешательства (4% в структуре неотложной хирургии живота).
- Летальность - 5-6% и не имеет тенденции к снижению.
- Соотношение мужчин и женщин 7 к 1.
- 60% - возраст 20-50 лет.
- Локализация в пилородуоденальной области - 71% прободений.
- Перфорация развивается чаще во второй половине дня, после физического труда, во время эпидемий гриппа.
- 0,3–0,5% случаев - множественные перфорации.
- Прободение хронических язв в 10 раз чаще, чем острых.

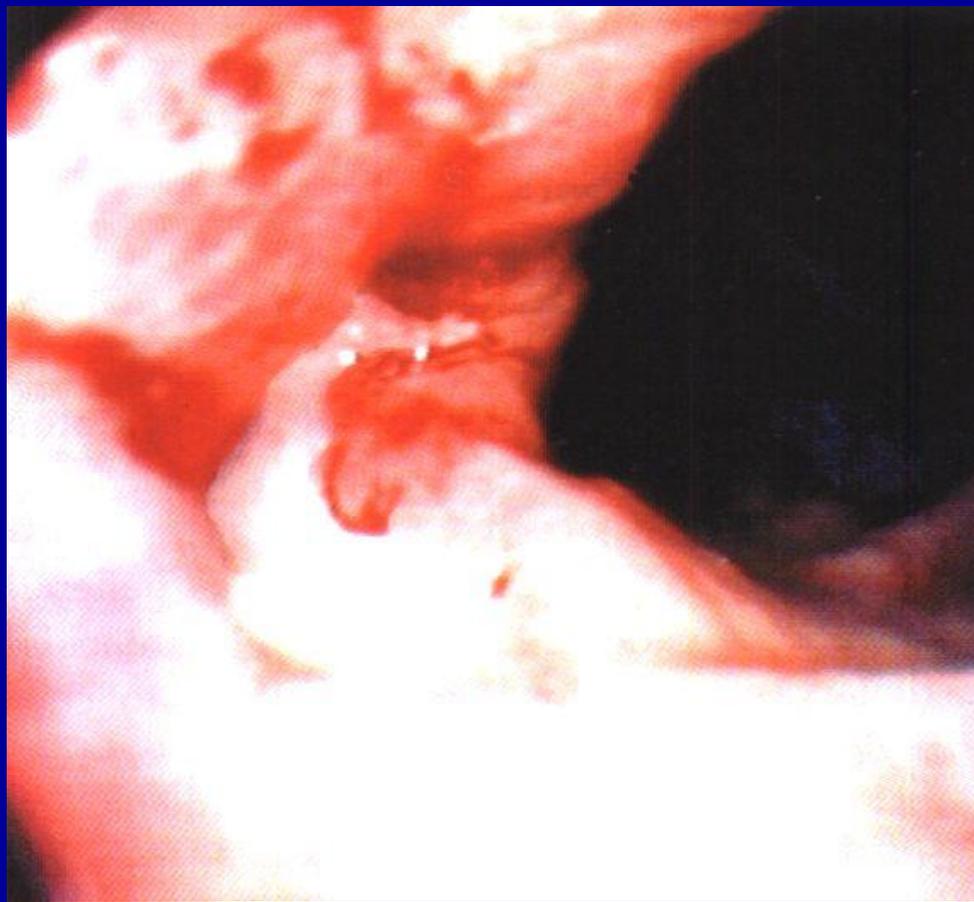
ЭТИОЛОГИЯ

- Ульцерогенная перфорация
 - Острой язвы
 - Хронической язвы
- Перфорация специфической язвы
- Перфорация опухоли желудка или кишки
- Травматический разрыв полого органа
- Перфорация, как результат деструкции стенки полого органа (при гнойном оментобурсите, гангренозном аппендиците, флегмоне кишки, БК, ЯК)
- Идеопатическая перфорация

Острая язва желудка



Хроническая язва малой кривизны желудка



КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ (Mondor, В.В. Орнатский)

- Типичная перфорация
- Атипичная перфорация
 - Латентная
 - В забрюшинное пространство
 - В сальниковую сумку
 - Связанная с особой клинической ситуацией
 - Сочетанная с ЖК кровотечением
- Прикрытая перфорация

Типичная перфорация:
I стадия – «шока» (Мондор)
продолжительностью около 6 часов:

- Анамнез:

- Язвенный анамнез (отсутствует у 20% больных);
- Кинжальная боль (в 40% случаев боль возникает и нарастает постепенно, а в 5% случаев носит схваткообразный характер);
- Отсутствие рвоты (у 25% больных может быть рвота, обычно одно-двукратная);
- Предъязвенное состояние (за 2 - 4 дня до перфорации субфебрильная температура, боль в эпигастрии, тошнота, рвота).

Стадия «шока»

– Осмотр:

Больной неподвижен, положение на спине или на боку с согнутыми и подтянутыми к животу коленями

Язык влажный, нормальная температура тела

Брадикардия, гипотония;

- С-м Бейли (извращенный торакоабдоминальный ритм)
- С-м Дзобановского–Чугуева, гиперпигментация в эпигастрии
- с-м Бернштейна (сокращение кремастеров).

– Пальпация:

- «Доскообразное» напряжение мышц живота
- Локальное напряжение правого верхнего квадранта живота (с-м Ратнера–Викера) – прикрытая перфорация
- С-мы Щеткина, Менделя
- Подкожная крепитация (с-мы Подлаха, Вигиацио, Кораха) – атипичная перфорация

Типичная перфорация: I стадия – «шока»

– Перкуссия:

- С-мы Кларка, Спизарного (отсутствие печеночной тупости)
- притупление в боковых отделах живота.

– Аускультация:

- Ослабление перистальтики.
- Триада Гюстена (выслушивание сердечных тонов на уровне пупка, «серебристый шум» при выслушивании эпигастрия, шум трения брюшины в подреберьях)

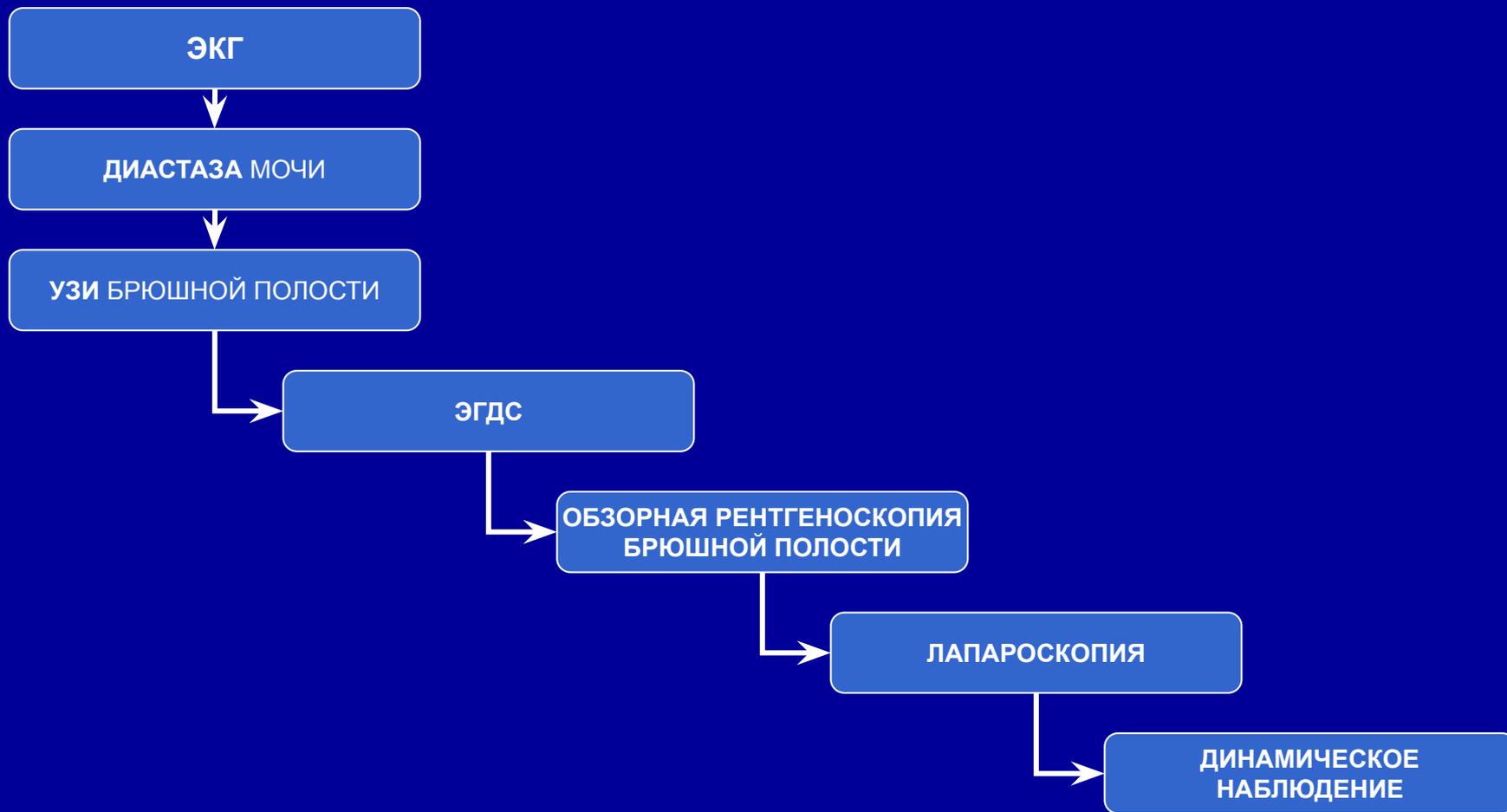
– **Per rectum:** с-м Куленкампа – болезненность и нависание передней стенки прямой кишки

– Лейкоцитоз

Диагностика

- Острый инфаркт миокарда
- Острый панкреатит
- «Брюшная жаба»
- Странгуляционная кишечная непроходимость
- Острый плеврит
- Спонтанный пневмоторакс
- Аппендицит (эмпиема)
- Гемоперитонеум

Алгоритм принятия решения



Алгоритм принятия решения

ЭКГ

Признаки ОИМ

**ИНТЕНСИВНАЯ
ТЕРАПИЯ**

**Отсутствие
изменений**

**ДИАСТАЗА
МОЧИ**

Алгоритм принятия решения

**ДИАСТАЗА
МОЧИ**

512 ЕД и выше

Терапия
Острого
Панкреатита

254 ЕД и ниже

УЗИ

Алгоритм принятия решения

УЗИ ЖИВОТА

**ОТЕК ГОЛОВКИ
ПАНCREAS,
ОМЕНТОБУРСИТ**

**ТЕРАПИЯ
ПАНКРЕАТИТА**

**СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ,
ВОЗДУХ,
СТИГМЫ ДРУГОЙ ОСТРОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИИ**

**ЛАПАРОТОМИЯ,
ЛЕЧЕБНАЯ
ЛАПАРОСКОПИЯ**

**ОТСУТСТВИЕ
УЗИ-ПРИЗНАКОВ
ПАТОЛОГИИ
ЖИВОТА**

ЭГДС

Алгоритм принятия решения

ЭГДС

**Признаки
Перфоративной
язвы**

**ЛАПАРОТОМИЯ,
ЛЕЧЕБНАЯ
ЛАПАРОСКОПИЯ**

**ОТСУТСТВИЕ
ПАТОЛОГИИ**

**РЕНТГЕНОСКОПИЯ
ЖИВОТА**

Алгоритм принятия решения

```
graph TD; A[Алгоритм принятия решения] --> B[ВОЗДУХ]; A --> C[РЕНТГЕНОСКОПИЯ ЖИВОТА]; A --> D[ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ]; B --> E[ЛАПАТОРОМИЯ];
```

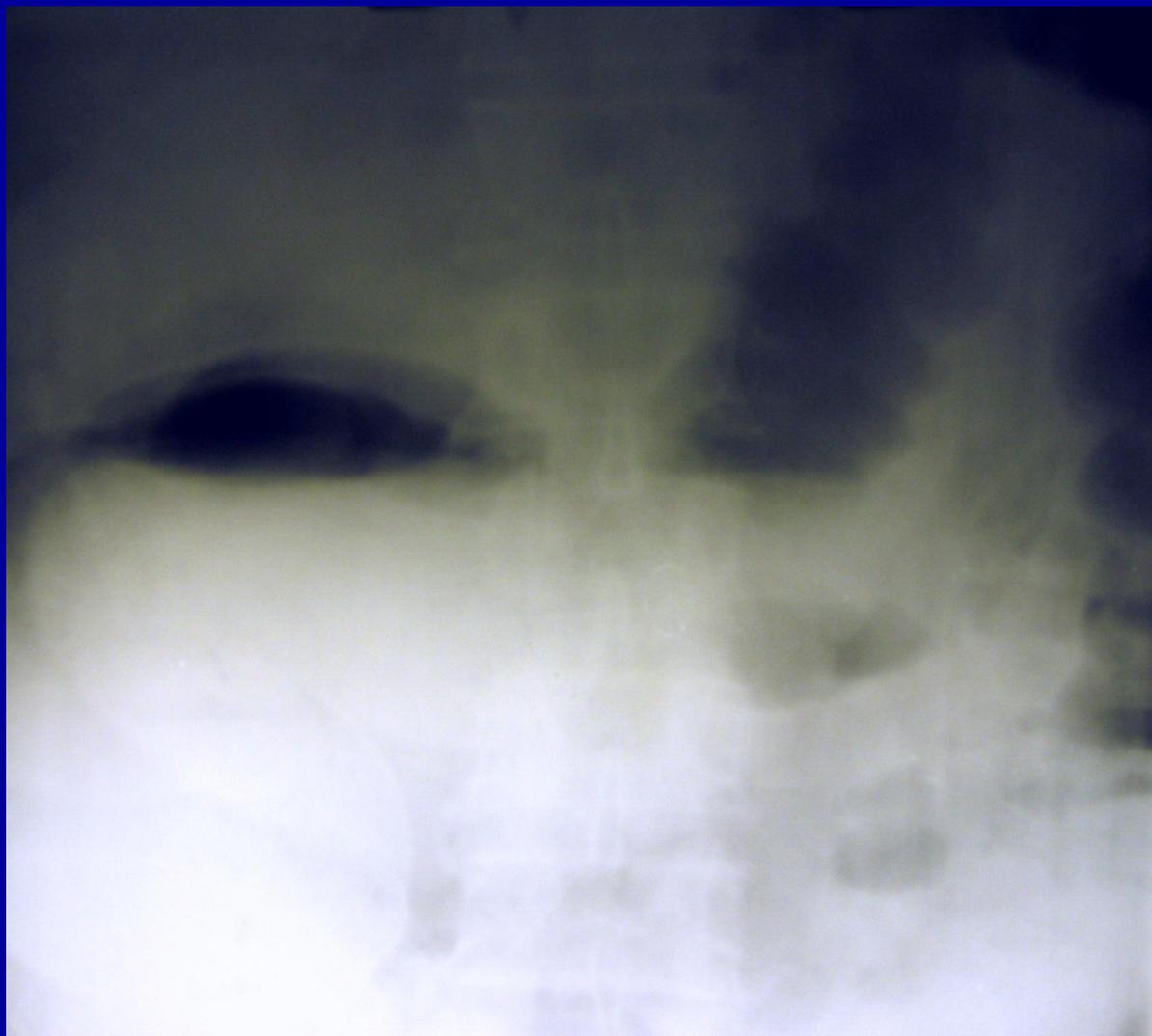
**РЕНТГЕНОСКОПИЯ
ЖИВОТА**

ВОЗДУХ

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ
ЛАПАРОСКОПИЯ**

ЛАПАТОРОМИЯ

Рентгенограмма брюшной полости



Алгоритм принятия решения

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ
ЛАПАРОСКОПИЯ

Мутная сероватого
или
зеленого цвета
жидкость

ЛАПАРОТОМИЯ

ЖИРОВЫЕ БЛЯШКИ,
ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ВЫПОТ,
КРОВЬ,
ФИБРИН, ГНОЙ,
КИШЕЧНОЕ СОДЕРЖИМОЕ

ПАТОЛГИИ
НЕ НАЙДЕНО

ДИНАМИЧЕСКОЕ
НАБЛЮДЕНИЕ

II стадия – «Мнимого благополучия» 6-12 часов

- острая боль стихает, больной подвижен
- разлитая болезненность передней брюшной стенки
- уменьшение напряжения мышц живота и появление разлитого симптома Щеткина (от + до +++)
- субфебрильная – высокая температура тела
- лейкоцитоз со сдвигом влево

III стадия – Перитонита

- Дегидратация
- Гектическая лихорадка
- СМОН
- Паралитическая кишечная непроходимость

АТИПИЧНАЯ ПЕРФОРАЦИЯ

- В ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО
- САЛЬНИКОВУЮ СУМКУ
- ДВУХМОМЕНТНАЯ
- НА ФОНЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, АСЦИТА
- У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III-IV, ГЕМИПАРЕЗОМ, ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КАХЕКСИЕЙ

Прикрытая перфорация

- I фаза – типичная, но кратковременна
 - Фаза «мнимого благополучия» представлена:
 - Субфебрильной температурой
 - Локальной неинтенсивной болью в эпигастрии
 - Локальным напряжением мышц живота
 - Локальным невыраженным симптомом Щеткина
 - Пневмоперитонеумом в первые 3-4 суток с момента перфорации
 - Незначительный гидроперитонеум по данным УЗИ
- Исход: поддиафрагмальный абсцесс либо выраженный спаечный перигастродуоденит**

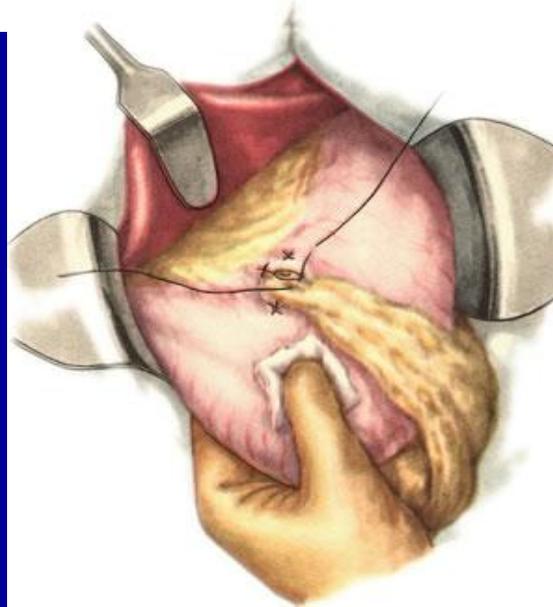
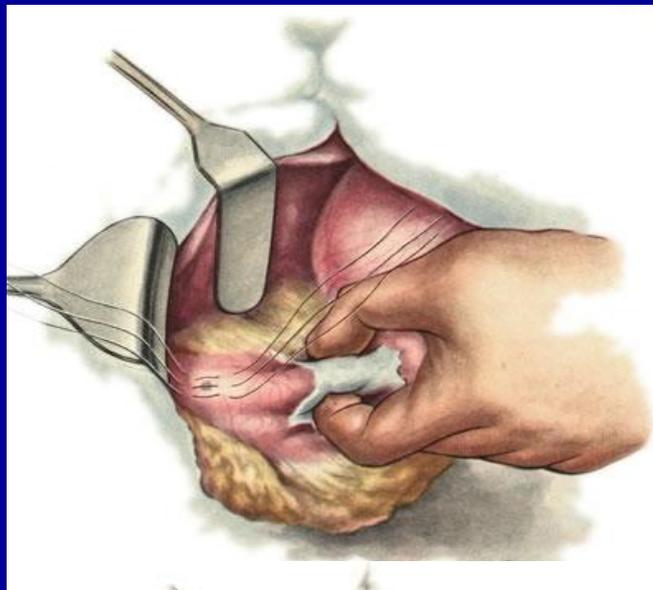
ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ

- Ушивание перфорации (лапароскопическое)
- Иссечение перфоративной язвы
- Дуоденопластика
- Ваготомия
- Резекция желудка

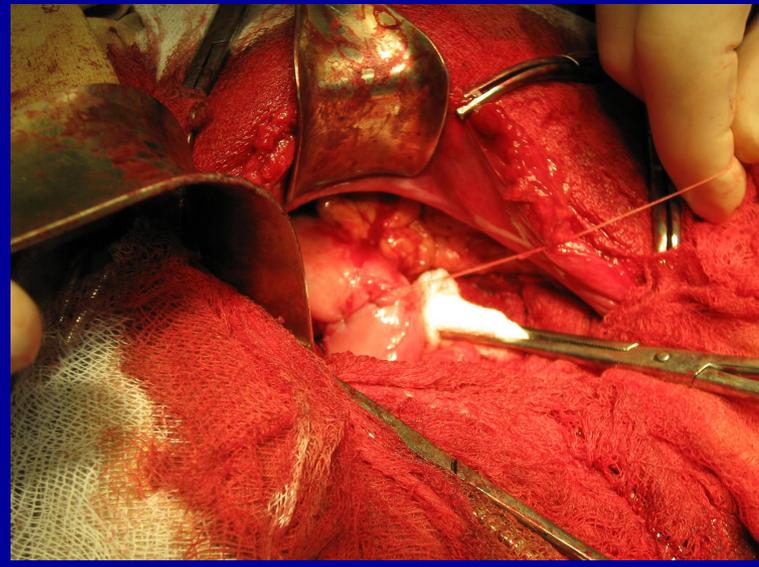
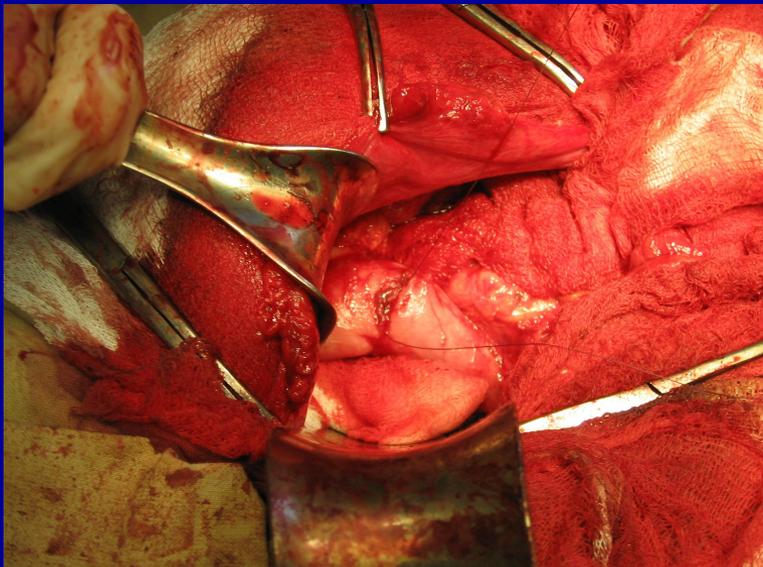
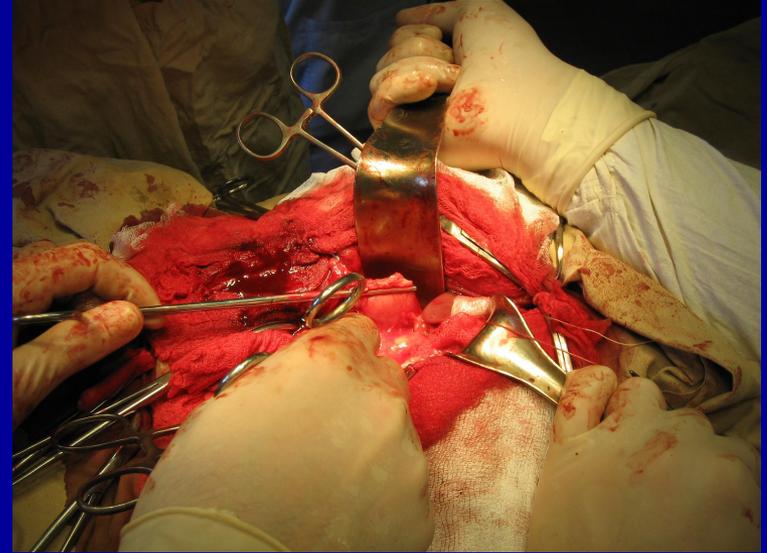
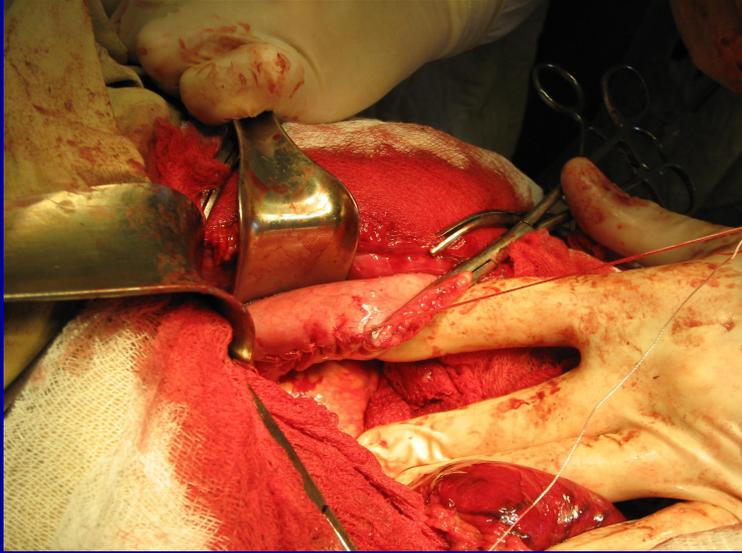
ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПАРАМЕТРЫ	ОПТИМАЛЬНАЯ МЕТОДИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ
ЛОКАЛИЗАЦИЯ: Желудок	Резекция 2/3 желудка
Duodenum	Дуоденопластика + селективная (как вариант, передняя селективная и задняя стволовая) ваготомия
Сочетанная	Резекция 2/3 желудка
ХАРАКТЕР ЯЗВЫ: Острая	Лапароскопическое ушивание язвы
Хроническая	Резекция (при локализации в желудке), иссечение язвы без разрушения привратника (duodenum)
Пенетрирующая	Резекция 2/3 желудка
Подозрительная на малигнизацию	Субтотальная резекция желудка
ТЕЧЕНИЕ: Тяжелая форма	Резекция желудка
Легкая и среднетяжелая форма	Дуоденопластика + селективная ваготомия при дуоденальной локализации
Длительные спонтанные ремиссии 7-20 лет (30-40% случаев по R.D.Varhan, 1978)	Иссечение язвы duodenum. Резекция 1/2 - 2/3 желудка при желудочной локализации язвы
НЕБЛАГОПРИЯТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	Ушивание (лапароскопическое) язвы

МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

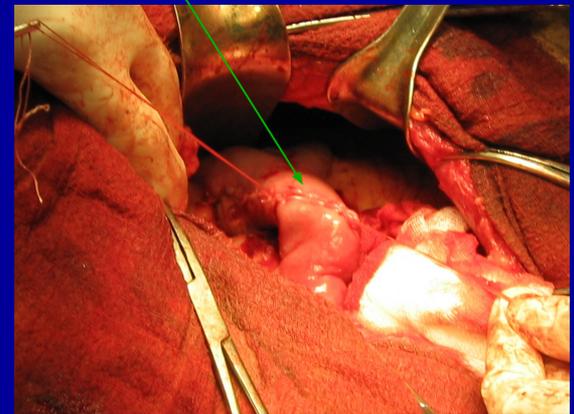
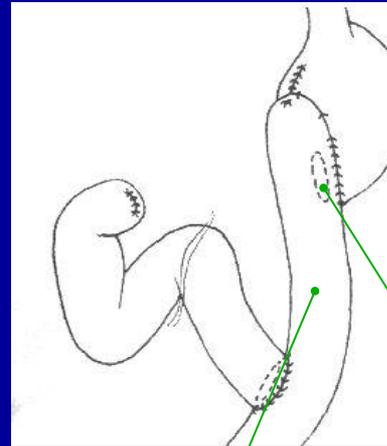
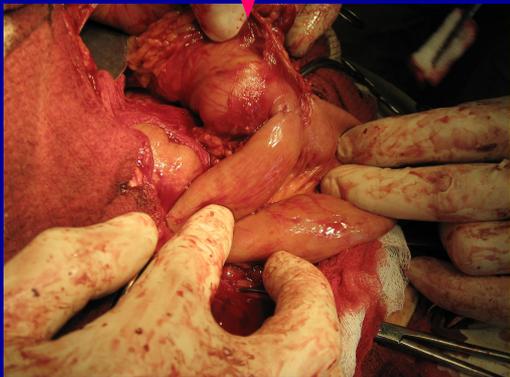
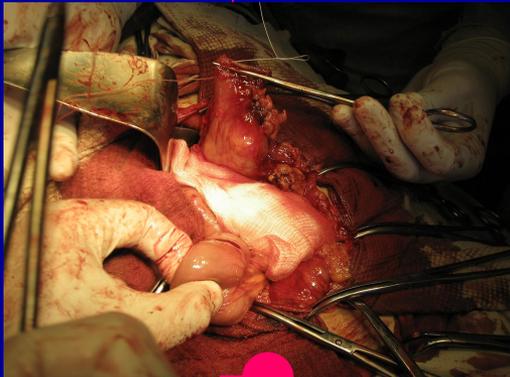
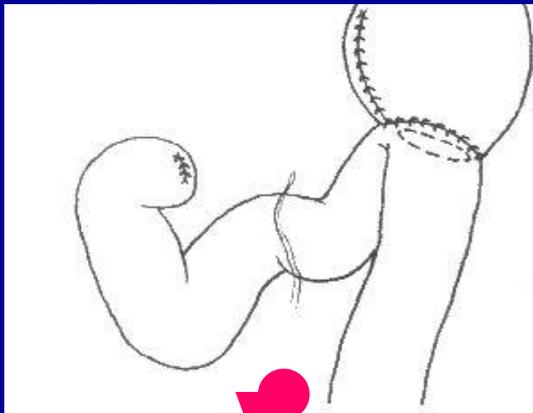
- Ушивание язвы (С.С. ЮДИН; В.А. ОППЕЛЬ (1927), П.Н. ПОЛИКАРПОВ (1946); Д.М. ДАЛГАТ (1961)).



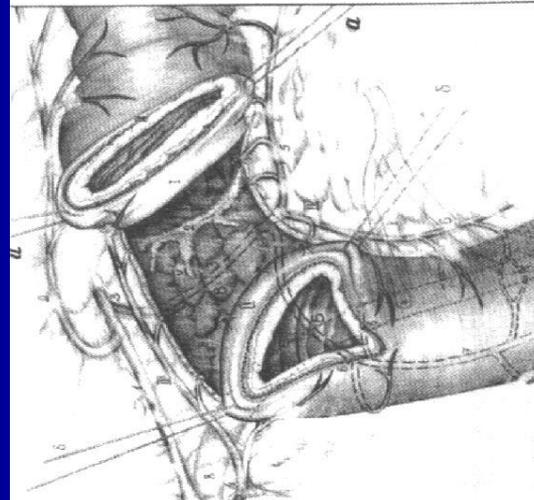
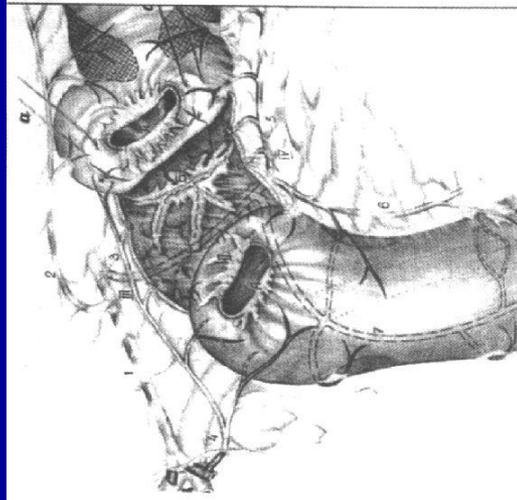
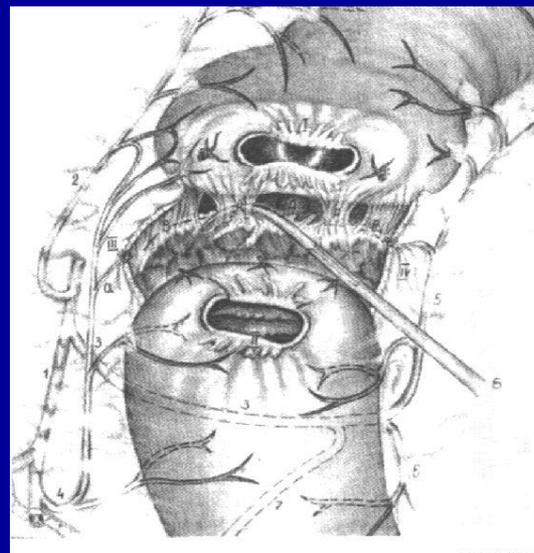
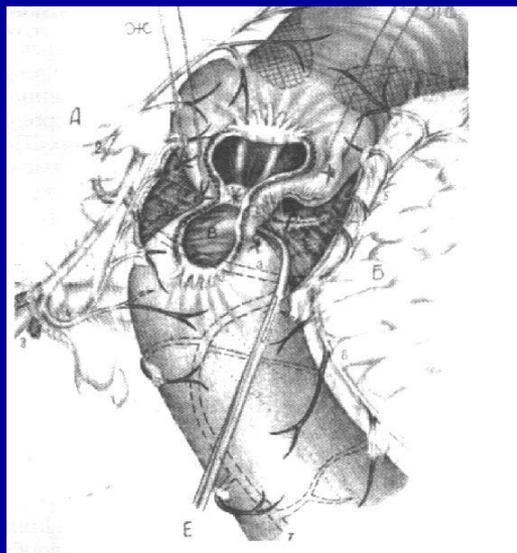
Бильрот I



Бильрот II



ДУОДЕНОПЛАСТИКА



- Никакая операция не спасает человека от смерти, она лишь предоставляет ему возможность умереть от чего-либо в другой раз (народная мудрость)

