

# 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.

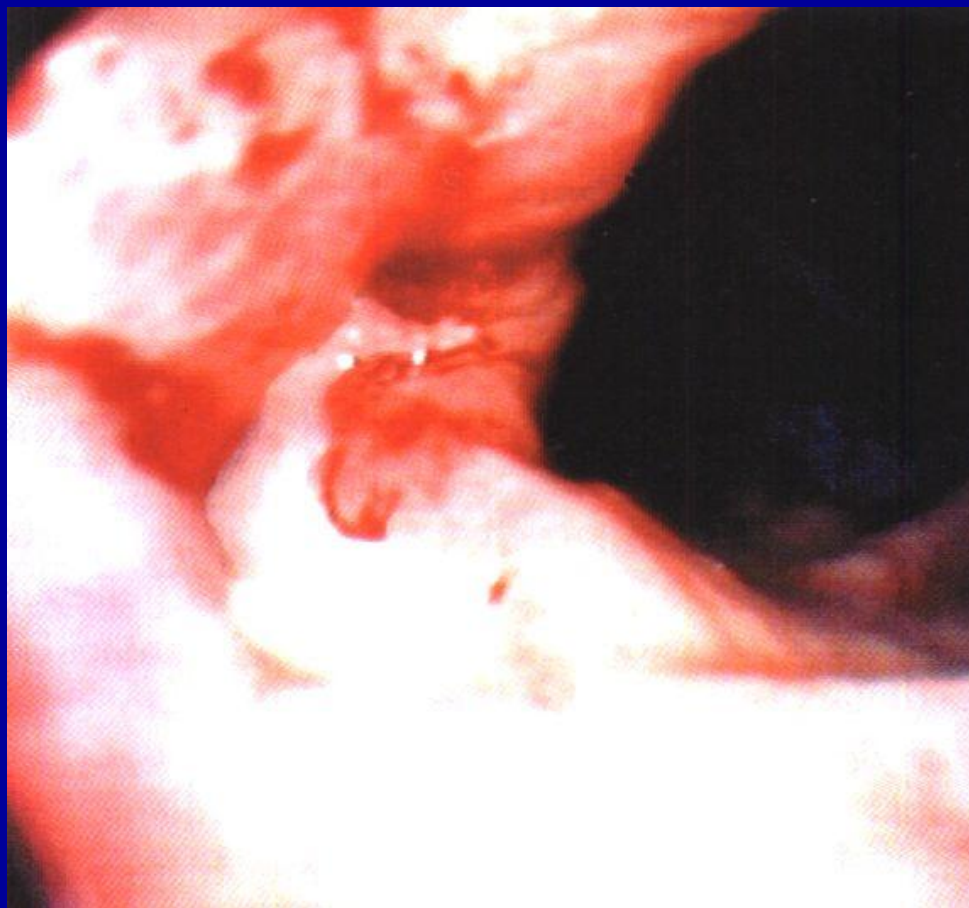
# ЭТИОЛОГИЯ

- 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 Дзабановского–Чугуева, гиперпигментация в эпигастри
- 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)

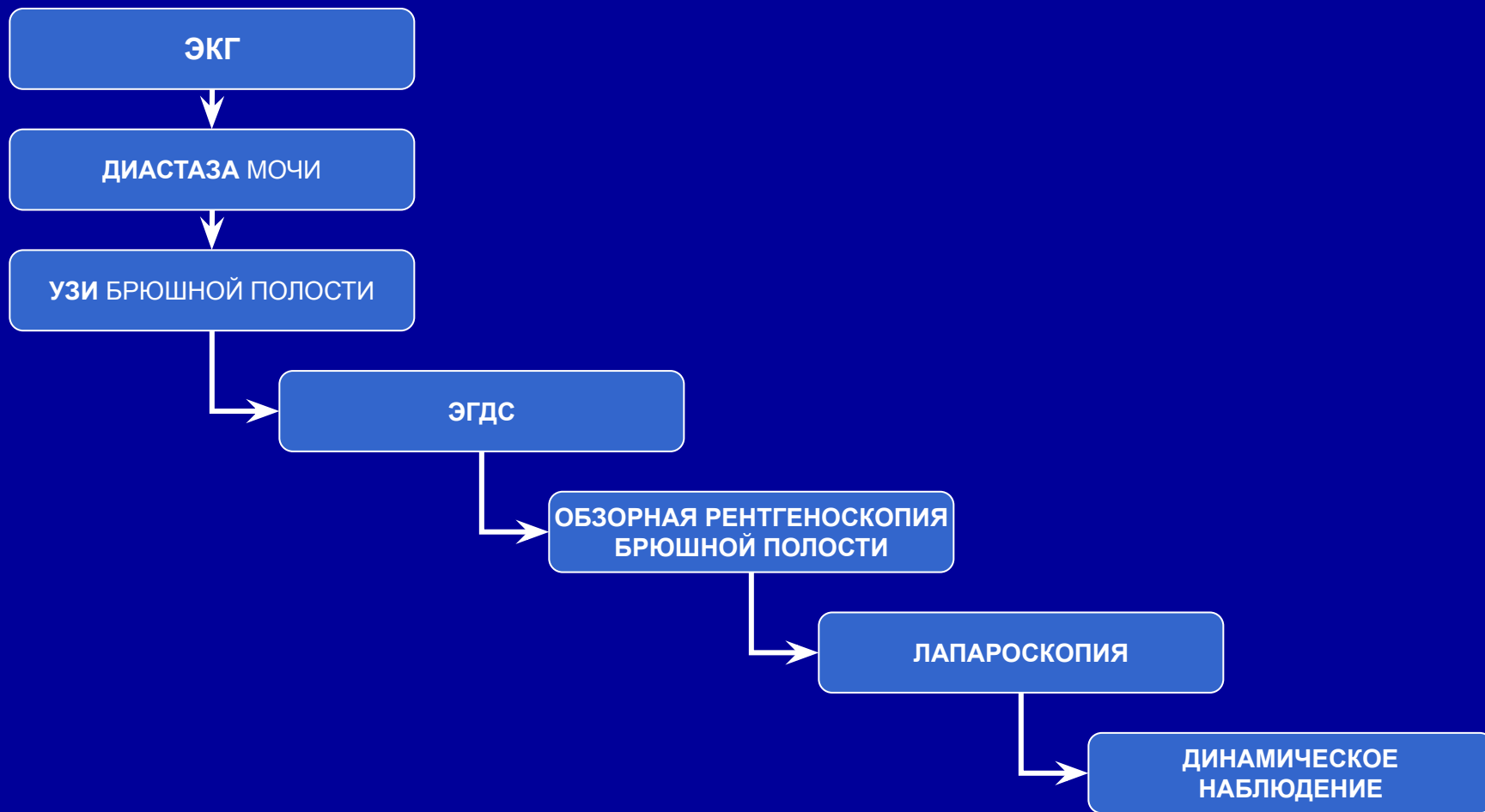
## – *Per rectum*: с-м Куленкампа – болезненность и нависание передней стенки прямой кишки

## – 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**

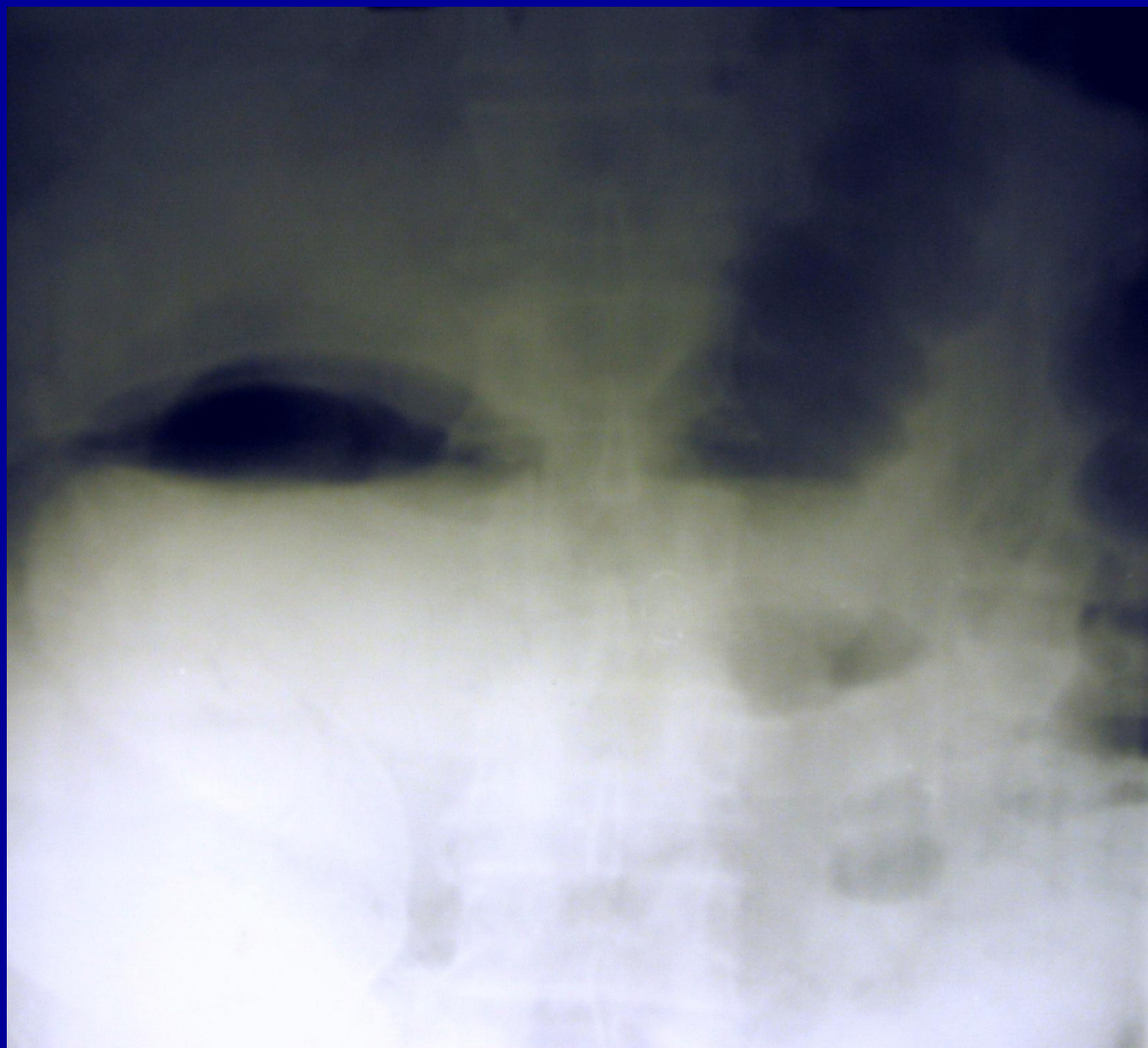
**ВОЗДУХ**

**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

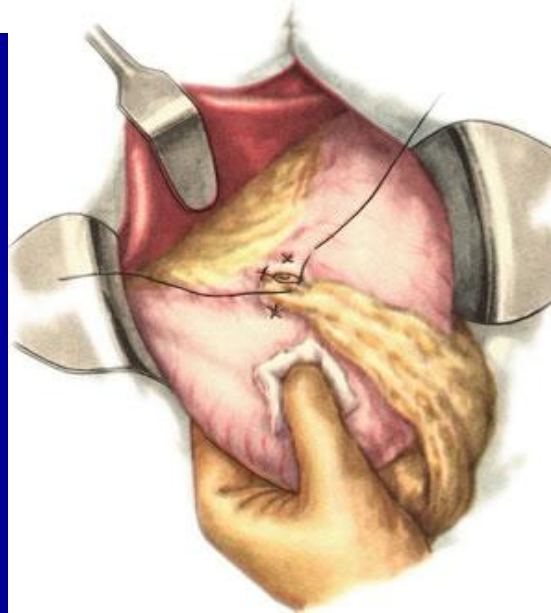
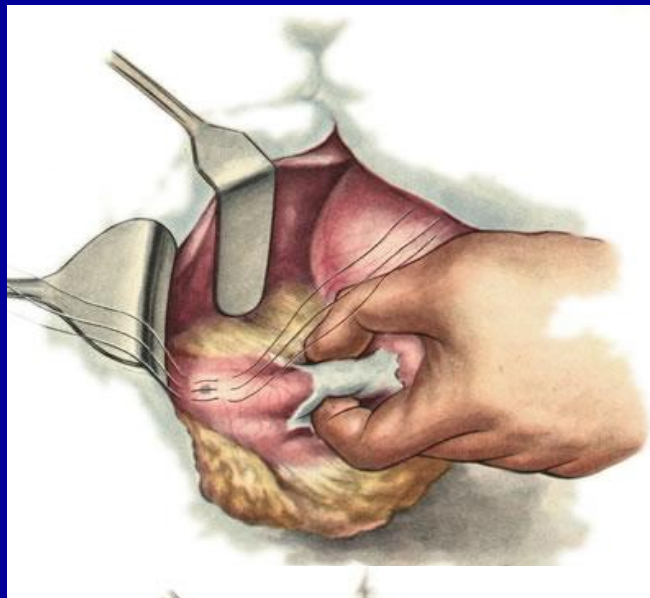
- Ушивание перфорации (лапароскопическое)
- Иссечение перфоративной язвы
- Дуоденопластика
- Ваготомия
- Резекция желудка

<b>ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПАРАМЕТРЫ</b>	<b>ОПТИМАЛЬНАЯ МЕТОДИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ</b>
<b>ЛОКАЛИЗАЦИЯ:</b> Желудок	Резекция 2/3 желудка
Duodenum	Дуоденопластика + селективная (как вариант, передняя селективная и задняя стволовая) ваготомия
Сочетанная	Резекция 2/3 желудка
<b>ХАРАКТЕР ЯЗВЫ:</b> 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
<b>ТЕЧЕНИЕ:</b> 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
<b>НЕБЛАГОПРИЯТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ</b>	Ушивание (лапароскопическое) язвы

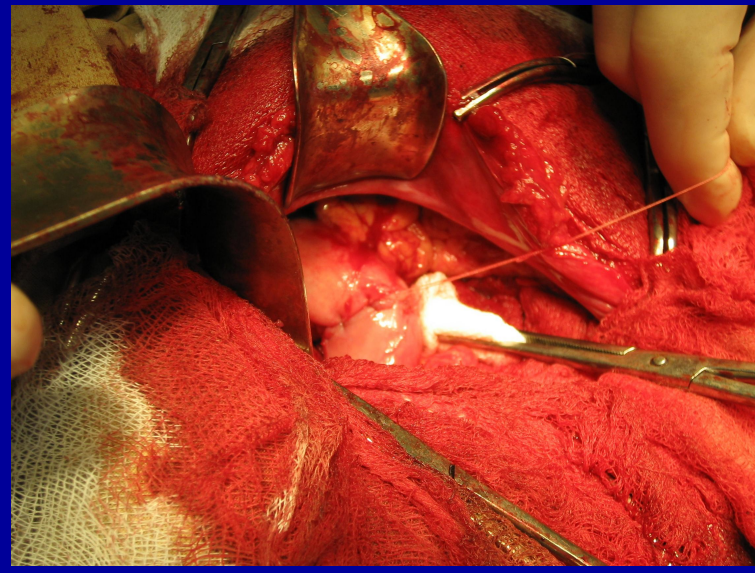
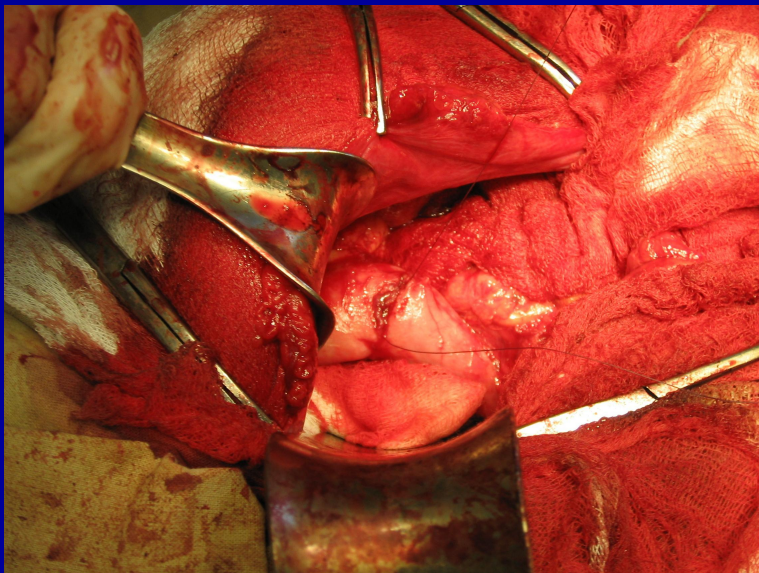
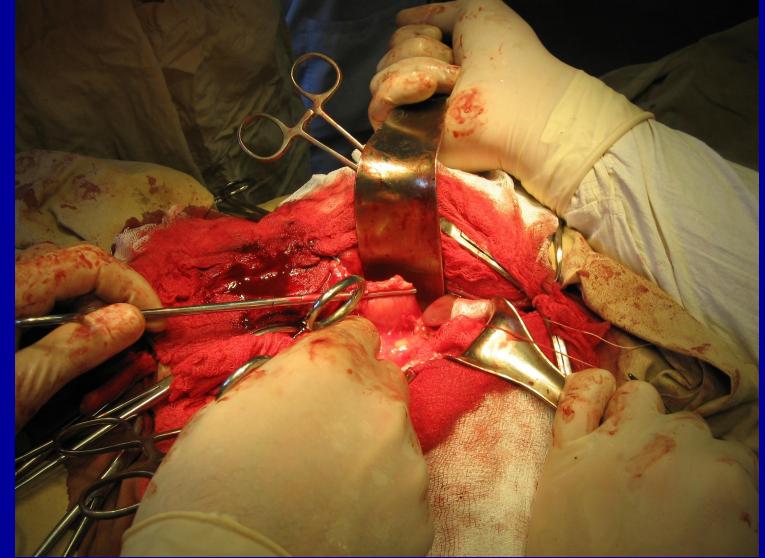
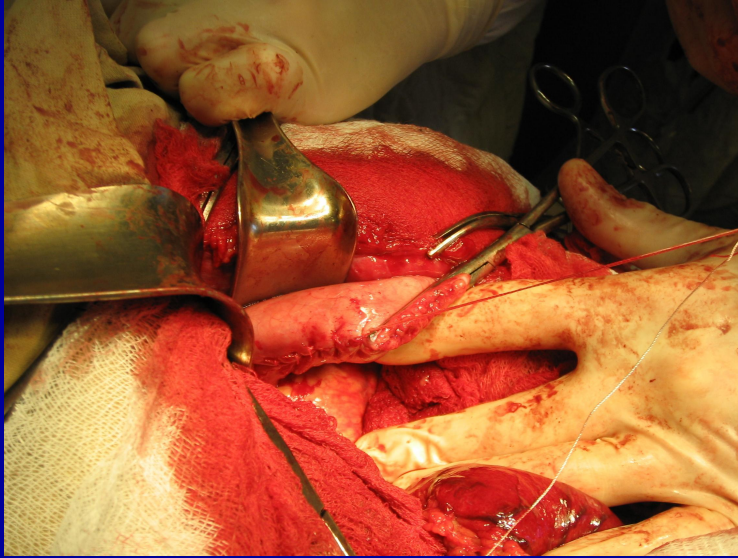


# МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

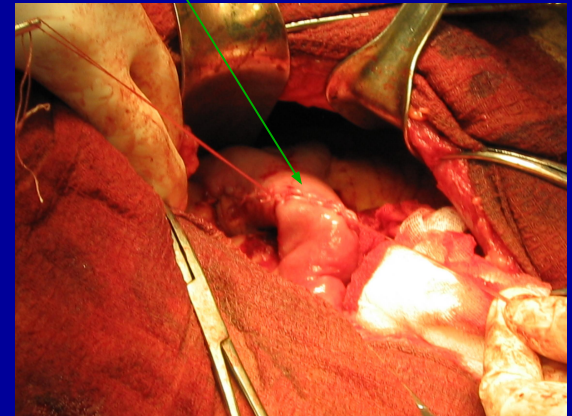
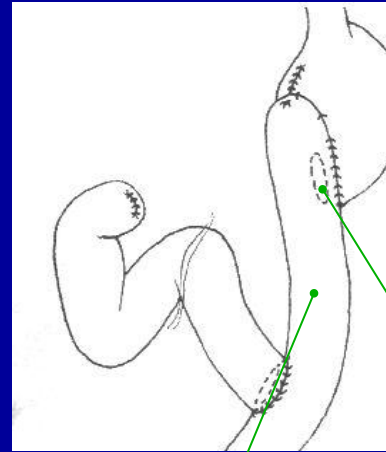
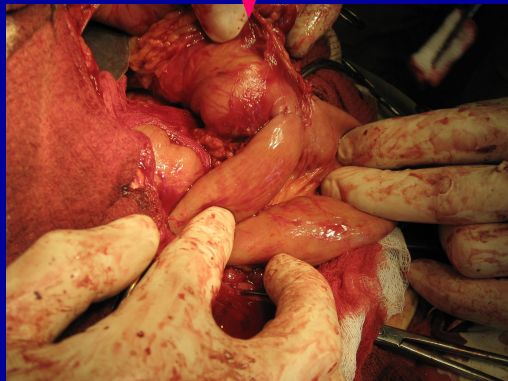
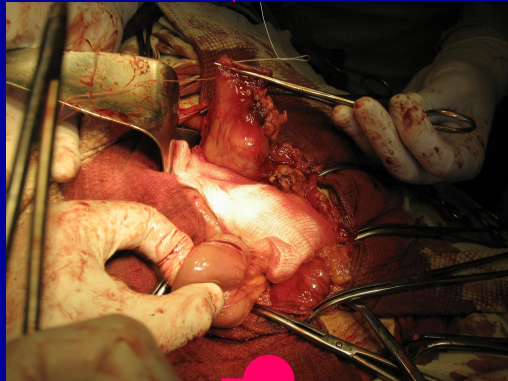
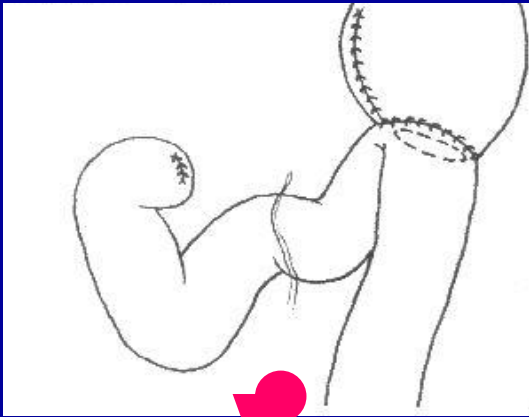
- Ушивание язвы (С.С. ЮДИН; В.А. ОППЕЛЬ (1927), П.Н. ПОЛИКАРПОВ (1946); Д.М. ДАЛГАТ (1961)).



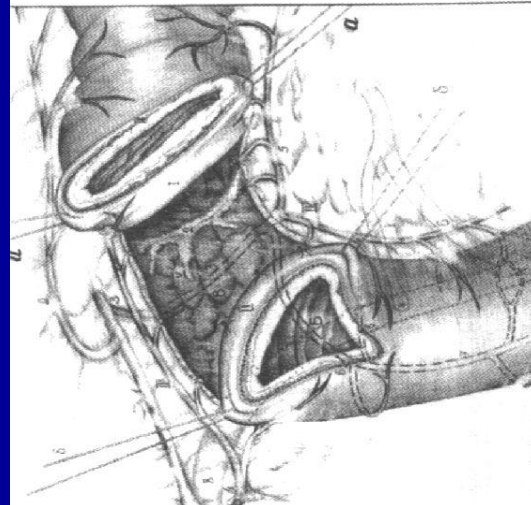
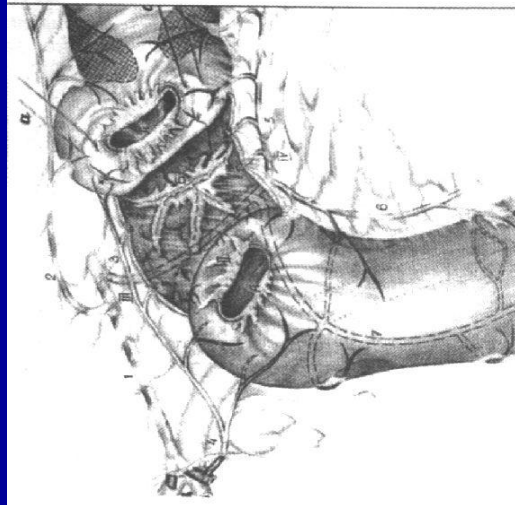
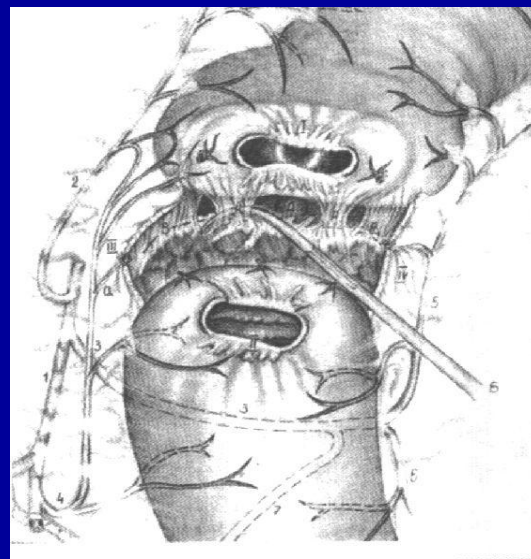
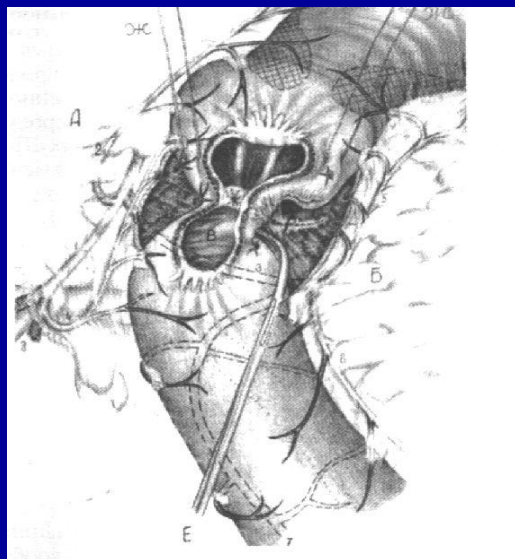
# Бильрот I



# Бильрот II



# ДУОДЕНОПЛАСТИКА



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

