

**Перфоративная язва
желудка и
двенадцатиперстной
кишки**

*.Доцент Горфинркель И.В.
каф. госпитальной хирургии
лечебного факультета*

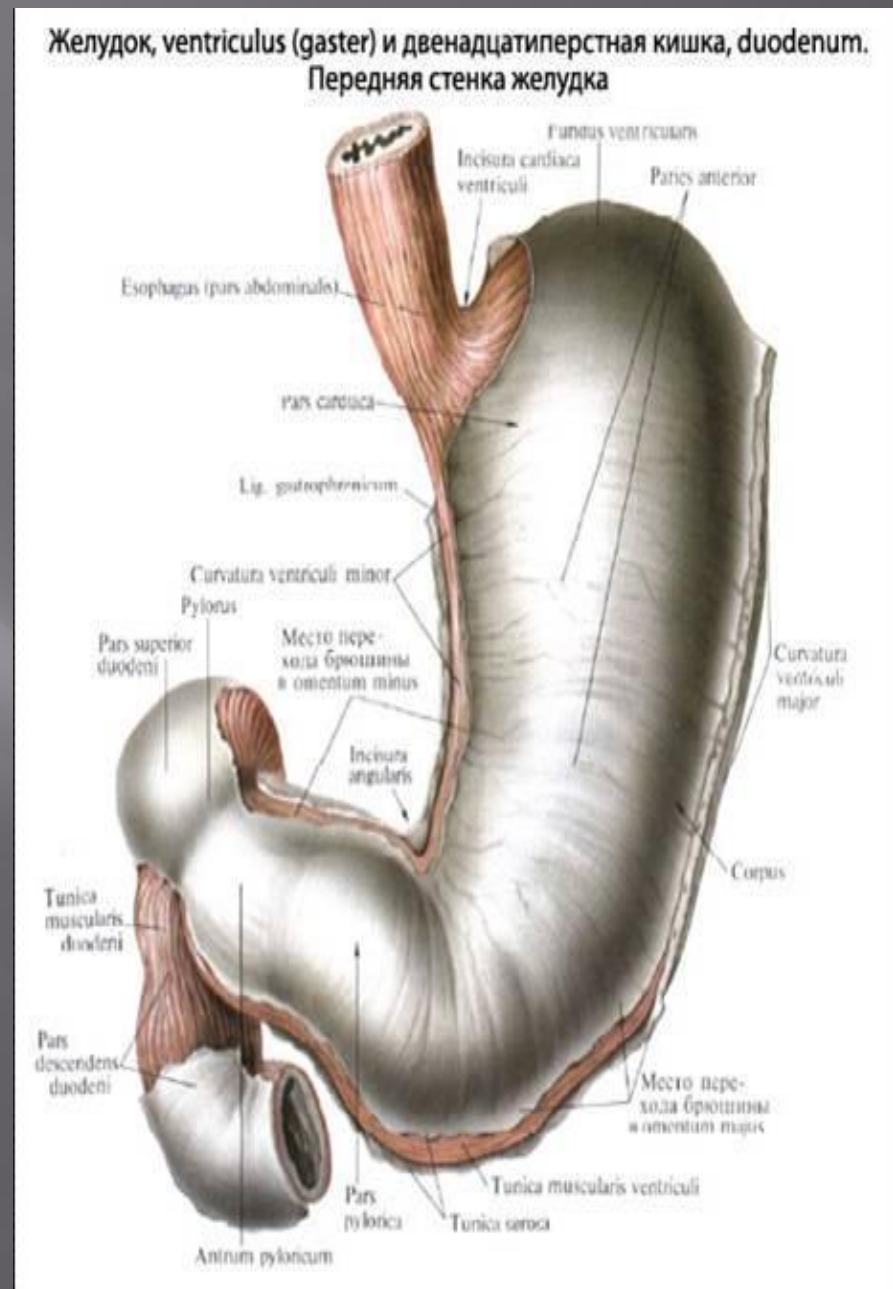
Перфорация является одним из наиболее частых и тяжёлых осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Распространённость:

- ▣ Пенетрация язвы – 5%;
- ▣ Кровотечение – 5-10 %;
- ▣ **Перфорация – 10%;**
- ▣ Стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки – 10-40%.

■ Перфорация – это возникновение сквозного дефекта в стенке полого органа под влиянием механического воздействия или патологического процесса.

■ По локализации преобладают перфорации дуоденальных язв - 68 %, на перфорации язв желудка приходится 32 %.



Эпидемиология

- ▣ Гастродуоденальные язвы чаще перфорируют у мужчин с коротким язвенным анамнезом (до 3 лет), обычно в осенний или весенний периоды, что связано с сезонными обострениями язвенной болезни.
- ▣ Перфорация в основном встречается у пациентов 20-40 лет.
- ▣ Для молодых людей характерна перфорация язв двенадцатиперстной кишки, для пожилых людей – язв желудка.

Факторы, способствующие перфорации хронической язвы:

- ▣ психическая травма,
- ▣ переедание,
- ▣ употребление раздражающей пищи,
- ▣ метеоризм и брожение.

В последние годы стали встречаться еще два фактора, способствующие перфорации:

- ▣ применение для лечения ряда сопутствующих заболеваний гормонов коры надпочечников без учета противопоказаний к их применению,
- ▣ универсальный атеросклероз у пожилых людей.

Классификация перфоративных гастродуоденальных язв (Б. Д. Комаров, 1976):

1. По этиологии:

- ▣ язвенные (перфорация хронической язвы, перфорация острой язвы);
- ▣ гормональные.

2. По локализации:

- ▣ язвы желудка: малой кривизны, большой кривизны, передней стенки, задней стенки, антральные, препилорические, пилорические, кардиальные;
- ▣ язвы 12-перстной кишки: передней стенки, задней стенки, бульбарная, постбульбарная.

3. По течению:

- ▣ прободение в свободную брюшную полость (92%);
- ▣ прободение прикрытое (5 - 8,5%) – прикрывается сальником, прилежащим краем печени, поперечноободочной кишкой;
- ▣ прободение атипичное (3,7%) – прободение между листками малого сальника, большого сальника, в забрюшинном отделе двенадцатиперстной кишки (задние перфорации Мондора).

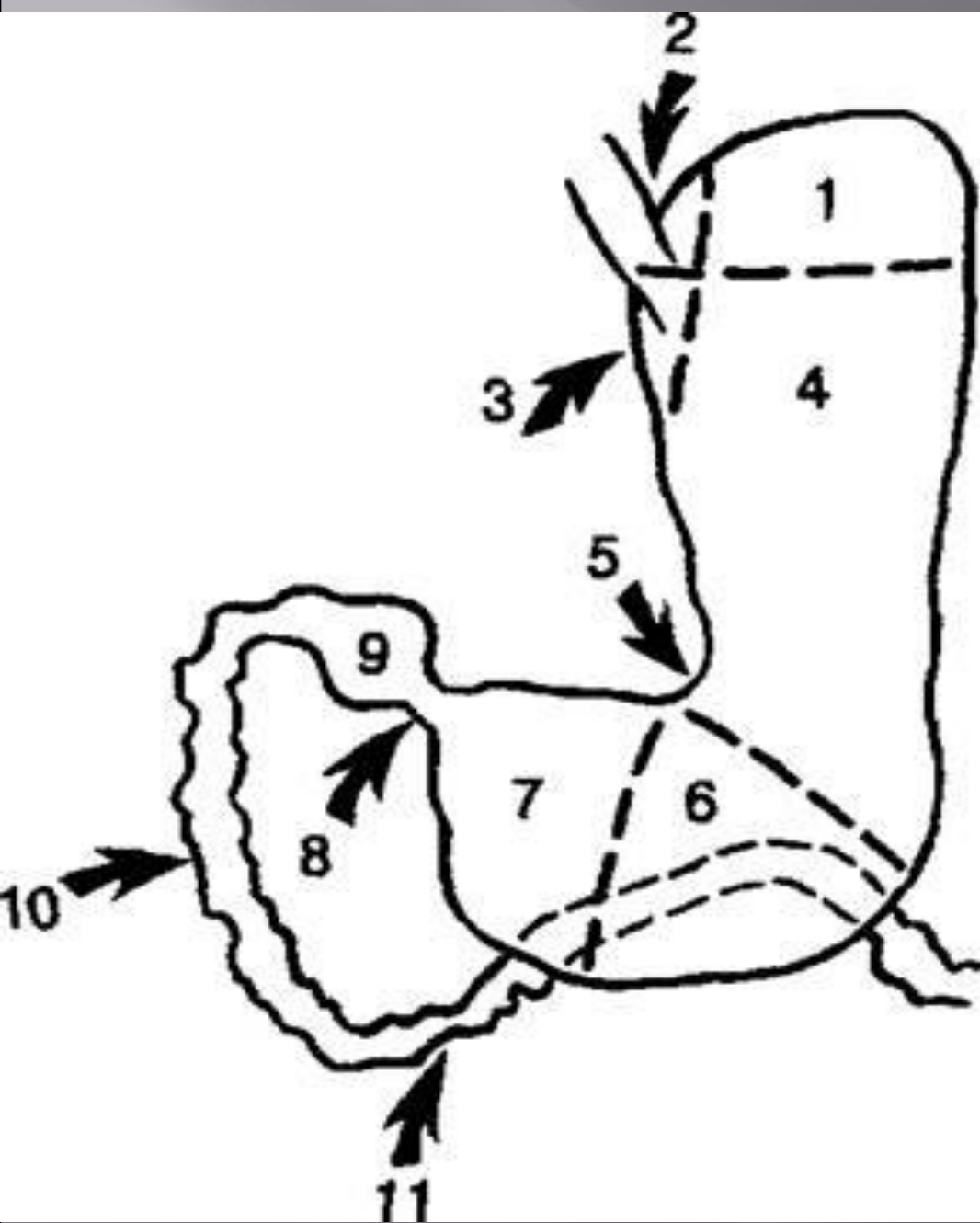


Рис. 35. Условное деление желудка и двенадцатиперстной кишки (схема).

1 — свод желудка; 2 — супракардиальный отдел; 3 — субкардиальный отдел; 4 — тело желудка; 5 — угол желудка; 6 — синус; 7 — антральный отдел; 8 — привратник; 9 — луковица двенадцатиперстной кишки; 10 — нисходящая часть двенадцатиперстной кишки; 11 — нижняя горизонтальная часть двенадцатиперстной кишки.

Течение перфоративной язвы условно подразделяют на три периода:

- ▣ Стадия «абдоминального шока» (фаза химического перитонита) длительностью в среднем 6 часов.
- ▣ Стадия «мнимого благополучия» (серозно – фибринозного перитонита и возникновения системной воспалительной реакции) длительностью 6-12 часов.
- ▣ Стадия разлитого гнойного перитонита (тяжёлого абдоминального сепсиса), как правило, спустя сутки после перфорации.

Стадия «абдоминального шока»

- ▣ Внезапная чрезвычайно резкая боль в надчревной области («кинжальная» боль, как «удар ножом», «ожог кипятком»).
- ▣ Возможен обморок или коллапс.
- ▣ Лицо больного бледное, выражает испуг, покрыто холодным потом; положение вынужденное – на спине или, чаще, на правом боку с приведёнными к резко напряжённому животу бёдрами.
- ▣ Дыхание грудное, поверхностное, учащённое, живот в дыхании не участвует; пульс замедлен.
- ▣ Живот как доска (из-за резкого напряжения мышц брюшной стенки), положительный симптом Щёткина – Блюмберга.
- ▣ Исчезновение «печёночной тупости» (симптом Спигарного).

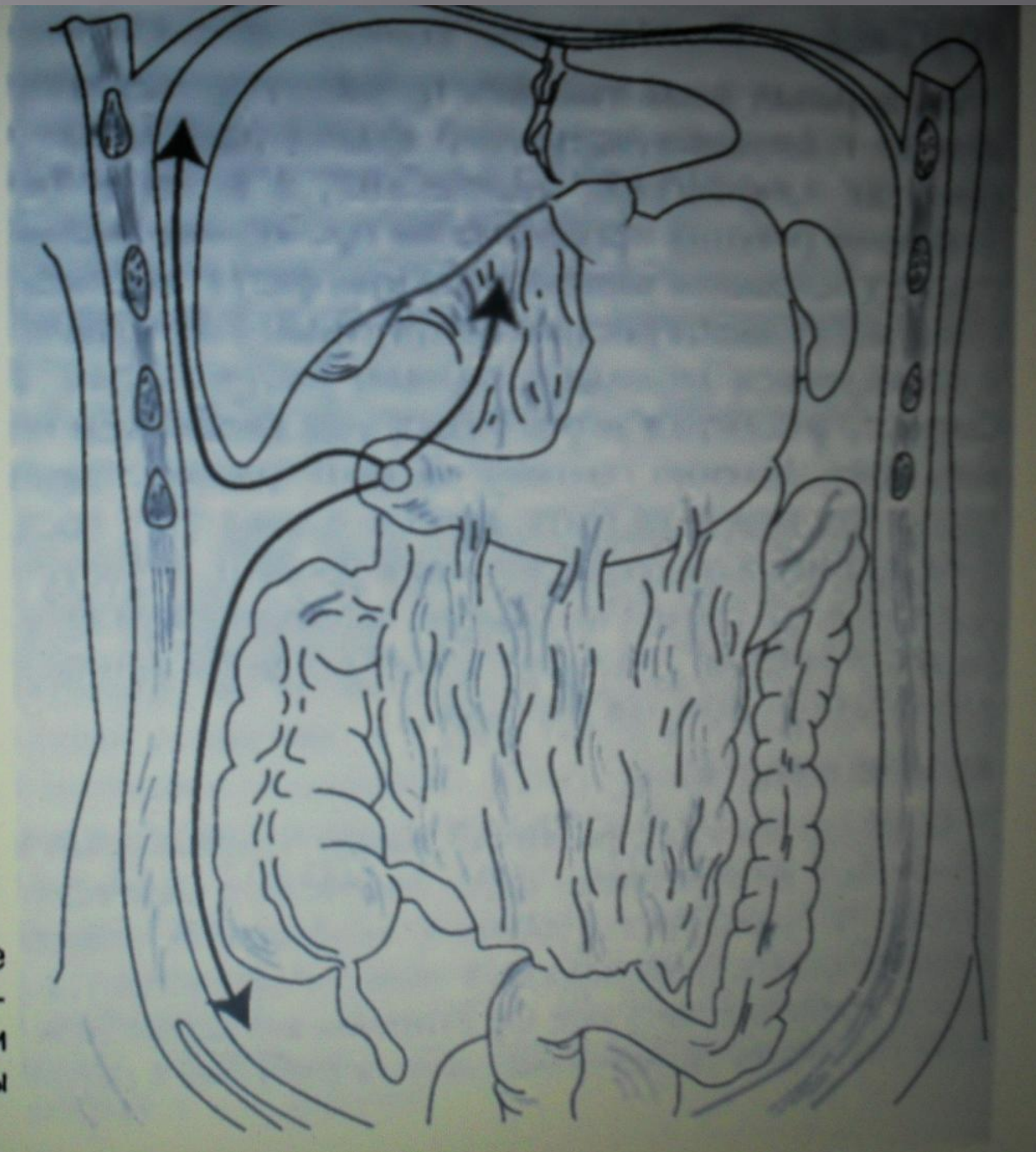
Стадия «мнимого благополучия» или «предательский период» по Зяльбербергу

- Стихание болей в верхнем отделе живота, нередко до такой степени, что больные даже отказываются от предлагаемого оперативного вмешательства.
- Кожные покровы розовеют, дыхание утрачивает свой поверхностный характер, пульс учащается и достигает нормальных величин, температура нормальная, язык обложен, сохнет.
- Мышечное напряжение несколько уменьшается в верхних отделах брюшной стенки, наблюдается смещение наибольшей болезненности брюшной стенки в сторону распространения желудочного содержимого и экссудата по брюшной полости.

Пути распространения излившегося содержимого по брюшной полости:

- При локализации перфоративных язв в выходном отделе желудка или в двенадцатиперстной кишке (наибольшая частота локализации) экссудат сначала скапливается в подпечёночном пространстве, затем спускается по правому боковому каналу вниз в правую подвздошную область.
- Соответственно зона наибольшей болезненности будет в окологепаточном пространстве или в правой подвздошной области.

Рис. 51-1. Распространение содержимого желудка по брюшной полости при перфорации язвы пилородуоденальной зоны (указано стрелками).



Пути распространения излившегося содержимого по брюшной полости:

- При локализации перфоративного отверстия в кардиальном отделе желудка или начальном отделе малой кривизны его пути распространения излившегося содержимого лежат по ходу левого бокового канала.
- Знание путей распространения излившейся жидкости по брюшной полости весьма важно для правильной оценки клинической картины заболевания и во время оперативных вмешательств по поводу перфорации язвы для полноценной эвакуации экссудата из брюшной полости.

Стадия разлитого гнойного перитонита

- Больной в тяжёлом состоянии, лицо с заострёнными чертами, грязный рот, сухой язык, покрытый сухими коричневыми корками. Тусклые налеты на зубах. Отрыжка. Икота и частое срыгивание жидкостью с каловым запахом.
- Частое поверхностное дыхание. Частый слабый пульс. Прогрессирующее падение кровяного давления. Высокая температура.
- Живот вздут. В акте дыхания не участвует. При пальпации мышечное напряжение отсутствует, но брюшная стенка растянута вздутыми петлями кишечника. При пальпации каждое прикосновение к брюшной стенке болезненно. При аускультации шумы перистальтики не прослушиваются. Имеются выраженные симптомы раздражения брюшины. В брюшной полости можно в ряде случаев определить наличие свободной жидкости.

Особенности клинической картины при прикрытой перфорации

- Начало заболевания аналогично перфорации в свободную брюшную полость, но при этом интенсивность болей довольно быстро затихает. Резкие жгучие боли сменяются тупыми болями.
- Не наблюдается болей и симптомов нарастающего перитонита ни в нижних отделах живота, ни в области желудка.
- Прикрытая перфорация может привести при благоприятном течении к выздоровлению больного, либо к образованию гнойника в верхнем этаже брюшной полости (чаще всего подпечёночного).
- Также возможна двухмоментная перфорация.

Особенности клинической картины при атипичной перфорации

- ▣ Картина атипичных перфораций характеризуется значительно меньшей интенсивностью. Боли намного меньше и течение болезни более спокойно, нежели при перфорации в свободную брюшную полость или при прикрытой перфорации язвы.
- ▣ Явления шока выражены минимально.
- ▣ По указанию С. С. Юдина, характерным для атипичных перфораций является наличие подкожной эмфиземы в левой подключичной области, на груди, шее или в области пупка (симптом Вигиацо).
- ▣ Содержимое желудка или двенадцатиперстной кишки проникает между брюшинными листками, вызывая оментит и флегмону клетчатки с последующим вероятным развитием перитонита и забрюшинной флегмоны.

Все многочисленные симптомы перфоративной язвы Г. Мондор делит на две большие группы:

- ▣ Основные,
- ▣ Вспомогательные.

Основные объединяются в триаду, носящую имя Мондора:

- а) “кинжальная” боль;
- б) “доскообразное” мышечное напряжение;
- в) язвенный анамнез.

Диагностика

▣ Тщательный сбор жалоб и анамнеза:

обратить внимание на симптомы заболевания в момент перфорации (внезапная мучительная боль в верхней половине живота типа «удара кинжалом», ее иррадиация, поведение больного, занимаемая поза, наличие тошноты, рвоты, сухости во рту, жажды и др.); явные и косвенные признаки язвенной болезни, ее обострения (время года), связь с приемом пищи, алкоголя и лекарственных препаратов (ацетилсалициловая кислота, индометацин, фенилбутазон, напроксен, ибупрофен, преднизолон и др.), погрешности в диете, «малые симптомы» при раке желудка, сопутствующие заболевания.

Диагностика

- ▣ Полное клиническое обследование больного с тщательным исследованием локального статуса: участие живота в акте дыхания (неподвижность диафрагмы), тип дыхания, форма живота (рельеф мышц передней брюшной стенки, напряжение мышц, наличие деформации), гиперэстезия кожи живота, наличие симптомов раздражения брюшины, исчезновение печеночной тупости, притупление в отлогах местах (жидкость), аускультативно - резонирование шумов грудной клетки до уровня пупка, шум трения плевры в области реберной дуги и эпигастрии, «металлический звон» выходящих через перфоративное отверстие пузырьков газа, а также сухость языка, вздутие кишечника, неотхождение газов и отсутствие стула, а в первые часы - несоответствие частоты пульса температуре тела и общему состоянию больного. Определить массу тела и рост.

Диагностика

- Экстренное выполнение обзорной рентгенографии органов брюшной полости стоя (поддиафрагмальных пространств) или лежа на левом боку (при тяжелом состоянии больного). В сомнительных случаях следует дать больному выпить 40-60 мл водорастворимого контрастного вещества (кардиотраст, урографин, гипак и др.) и повторить рентгенографию органов брюшной полости (определить наличие выхода контраста за пределы контура желудка) или через зонд ввести в желудок 300-500 см³ воздуха и сделать пневмогастрограмму.



Рис. 51-2. «Серп» газа (указан стрелкой) под куполом диафрагмы (обзорная рентгенограмма).

Диагностика

- ▣ В сомнительных случаях показано экстренное выполнение:
 - эзофагофиброгастроскопии;
 - лапароскопии.

- ▣ Дополнительные лабораторные исследования (ОАК: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ; ОАМ; определение группы крови и Rh - фактора; биохимическое исследование крови: мочевины, билирубина, АсАТ, АлАТ, общий белок, амилаза, электролиты (К, Са, Na, Cl и др.); ЭКГ и консультации смежных специалистов.

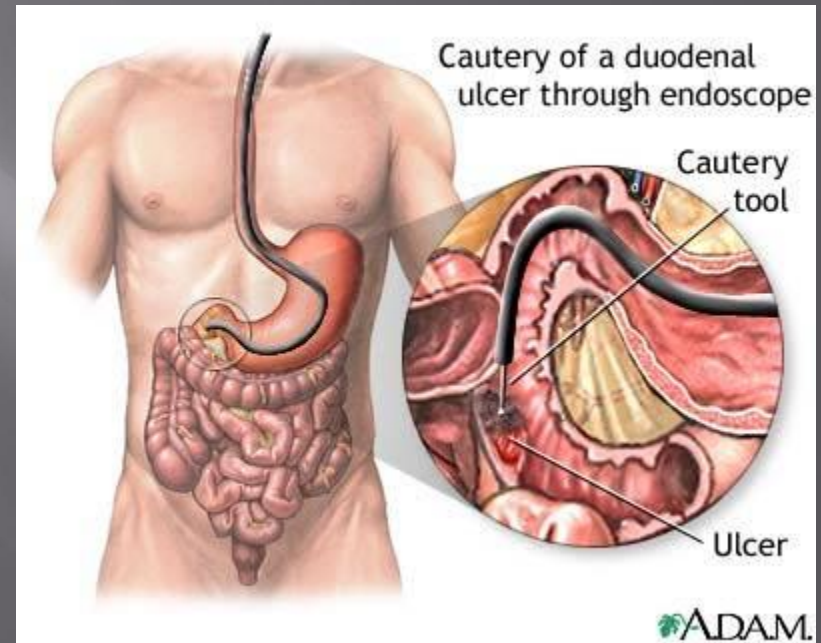
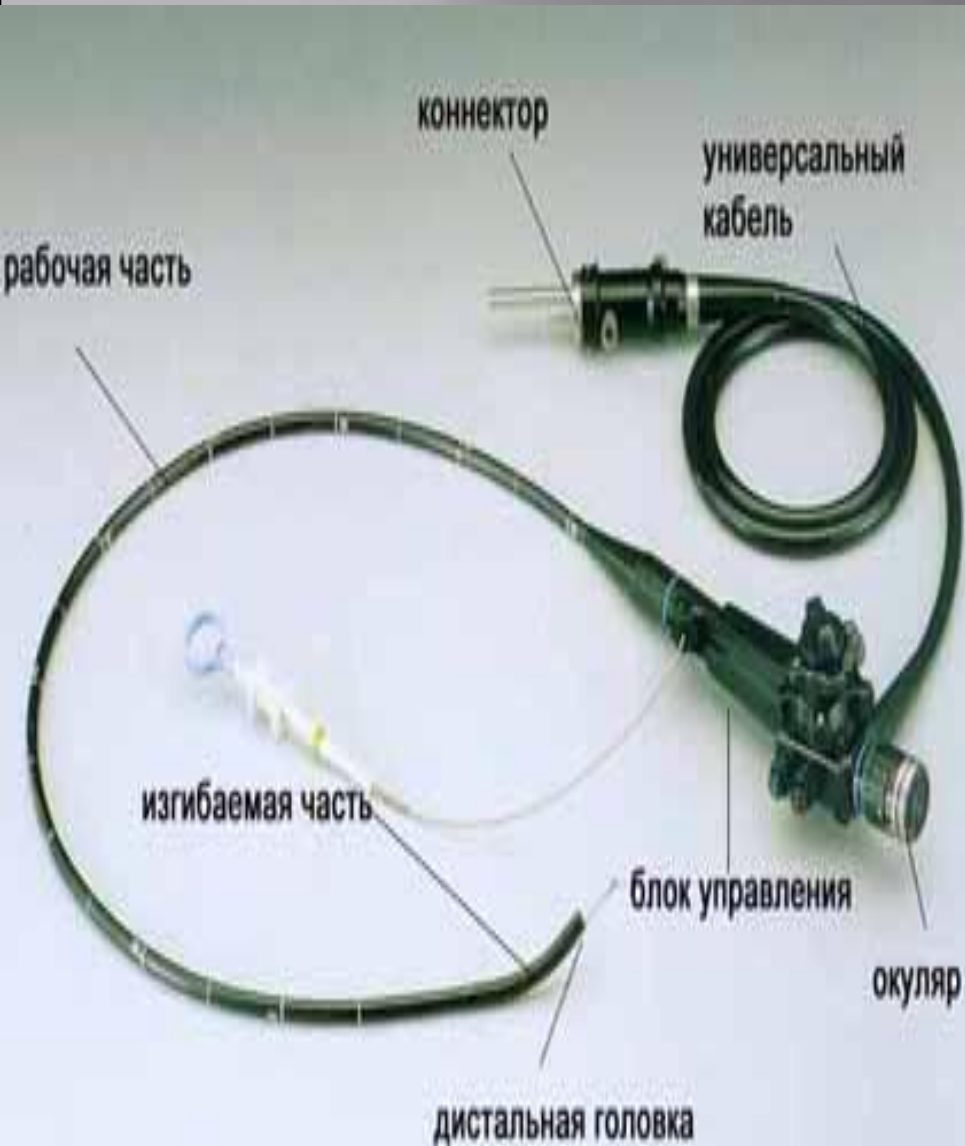
Эзофагофиброгастроскопия

- ▣ Осуществляется визуализация через перфорационное отверстие прилежащих к язве органов брюшной полости (сальник, кишка, печень);
- ▣ Осуществляется визуализация перфорационного отверстия, прикрытого кусочком пищи изнутри, тканью сальника снаружи;

Косвенными признаками перфорации являются:

- ▣ выраженные воспалительные изменения вокруг собственно язвы;
- ▣ невозможность в достаточной мере раздуть желудок воздухом (он через перфорационное отверстие выходит в брюшную полость);
- ▣ выраженный, с трудом преодолимый пилороспазм при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

Эзофагофиброгастроскопия



Эзофагофиброгастроскопия



Язвенный дефект, через который видны прилегающие области

Лапароскопия

- ▣ Осуществляется непосредственная визуализация перфорационного отверстия желудка или 12ПК;
- ▣ Позволяет обнаружить желудочно-кишечное содержимое в брюшной полости, что является достоверным признаком перфорации;
- ▣ Позволяет обнаружить прикрывающие перфорационное отверстие органы (сальник, левая доля печени).



Игла для пневмоперитонеума



Инсуффлятор



Лапароскоп



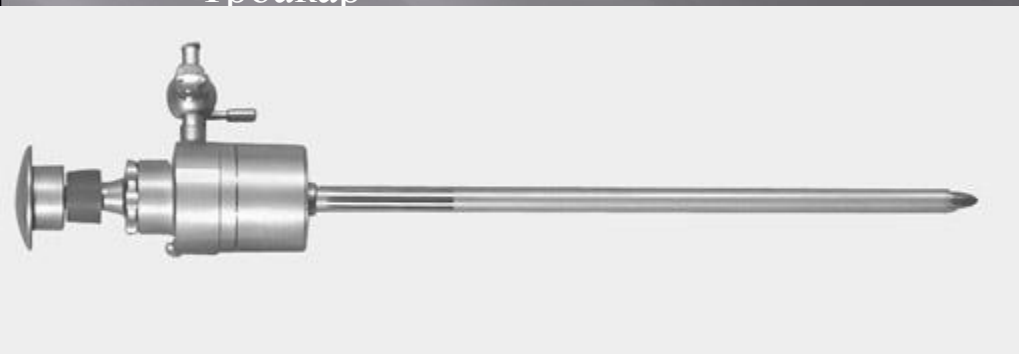
Источник света ксеноновый



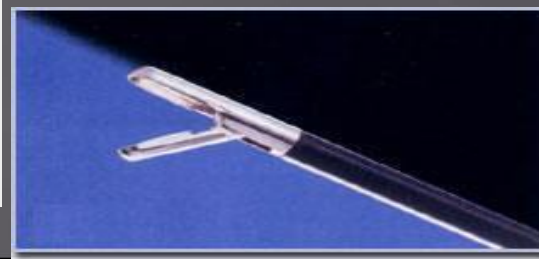
Троакар



Аспиратор



Троакар со стилетом



Щипцы

Техника лапароскопии:

- Осуществляется обычно под наркозом (внутривенным) или местной инфильтрационной анестезией.
- Сначала накладывается пневмоперитонеум для чего осуществляют небольшой, длиной 5-7 мм, разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки в районе пупка (сбоку и ниже его), после чего специальной иглой Вереша осуществляют прокол передней брюшной стенки. Иглу обычно вводят под углом 45 градусов по направлению к селезенке, приподнимая переднюю брюшную стенку на лигатуре, наложенной в области разреза (предотвращение повреждения круглой связки печени), до попадания в брюшную полость (что определяют введением 100 мл физ. р-ра и попыткой его аспирации, которая не удается в связи с растеканием жидкости по брюшной полости).
- Далее иглу соединяют с инсуффлятором и подают углекислый газ до достижения давления 12-14 мм. рт. ст.
- Затем через этот разрез вводят оптический троакар (11-15 мм), к которому подключают шланг для инсуффляции, а в просвет вводят лапароскоп. Осуществляют осмотр органов брюшной полости по направлению сверху – вниз.

Лечение

- Перфорация язвы в свободную брюшную полость является абсолютным показанием к экстренной операции.
- *Основная цель оперативного лечения:*
спасение жизни больного, предупреждение или раннее начало лечения перитонита.

Основные виды оперативного лечения:

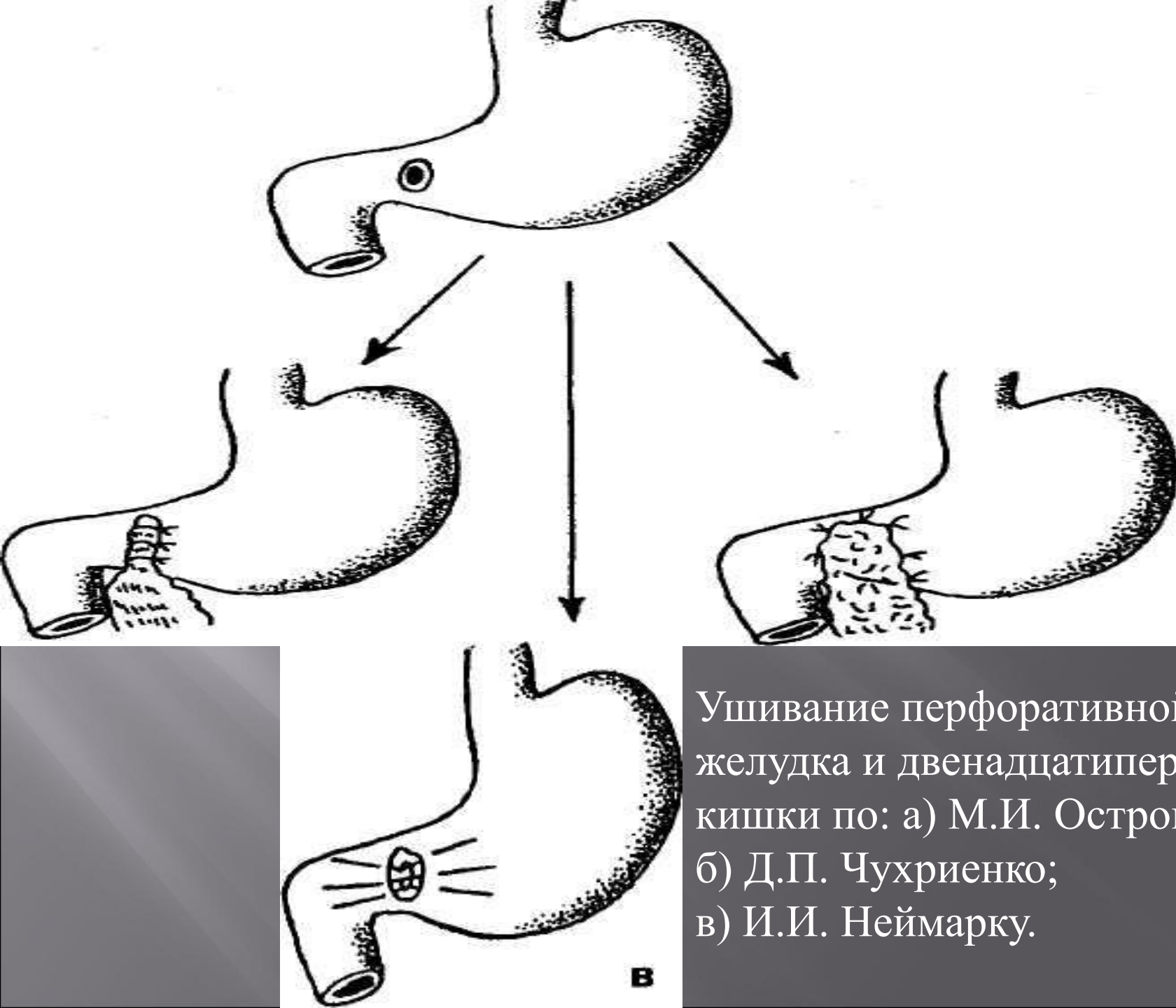
- Ушивание язвы;
- Иссечение язвы с пилоропластикой в сочетании с ваготомией;
- Экономная резекция желудка (антрумэктомия) в сочетании со стволовой ваготомией.

Показания к ушиванию язвы:

- ▣ Выполняется у лиц молодого возраста, при отсутствии язвенного анамнеза и малигнизации язвы.
- ▣ Также показано больным старческого возраста с тяжелыми заболеваниями сердечно - сосудистой, дыхательной систем, другими сопутствующими заболеваниями, когда тяжесть общего заболевания диктует необходимость сокращения до минимума объема и продолжительности операции (в связи с высокой степенью операционного риска).

Методы ушивания:

- ▣ Метод М.И. Островского (швы накладывают через все слои стенки желудка поперечно к продольной оси органа. Поверх этажа швов накладывают серо-серозные швы, к которым фиксируют сальник на ножке);
- ▣ Метод Д.П. Чухриенко (сальник на ножке не подвязывают, а подшивают к окружности ушитой язвы);
- ▣ Метод И.И. Неймарка (заключается в наложении швов вдоль продольной оси желудка в пределах здоровых тканей со вколom и выколom на одной и другой стороне от язвы. Шов не должен проникать через слизистую оболочку в просвет желудка. Вторым ряд швов не накладывается. По окружности язвы фиксируют сальник. Швы должны быть из капроновых или лавсановых нитей);
- ▣ Метод В.И. Опеля - И.Н. Поликарпова (применяется при наличии большого инфильтрата вокруг язвы, в связи с опасностью прорезывания швов применяют; производится тампонада перфорации).



Ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки по: а) М.И. Островскому; б) Д.П. Чухриенко; в) И.И. Неймарку.

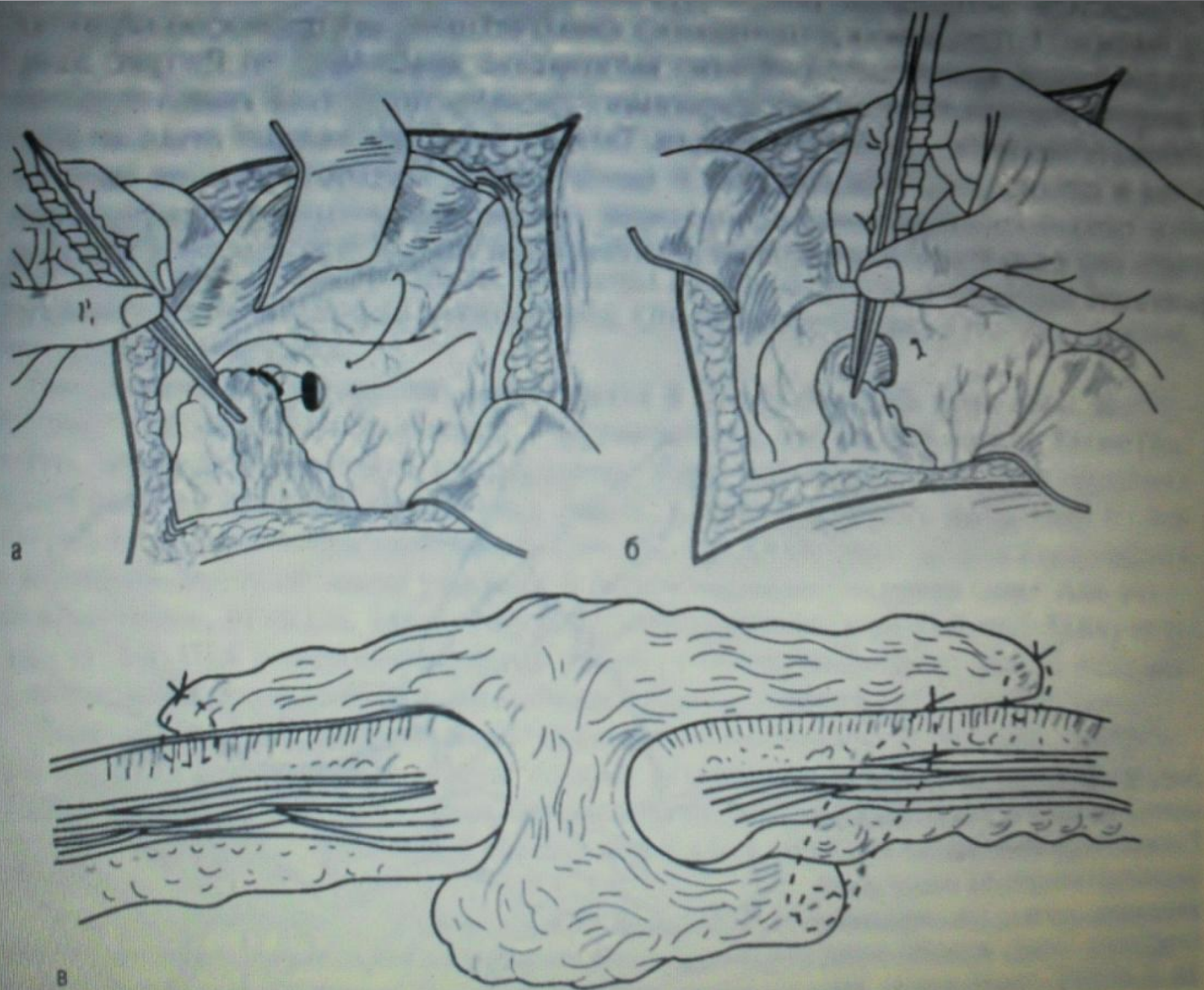


Рис. 51-4. Ушивание прободной язвы по Поликарпову: а, б — тампонада перфорации прядью большого сальника; в — фиксация сальника в окружности язвы отдельными швами приводит к герметизации ушитой язвы.

Ваготомия с иссечением перфоративной язвы и пилоропластикой

- ▣ Показана при локализации язвы на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки или язве пилорического отдела желудка при отсутствии большого инфильтрата и резкой рубцовой деформации выходного отдела желудка.
- ▣ При экстренной операции предпочтение отдают стволовой ваготомии с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу.

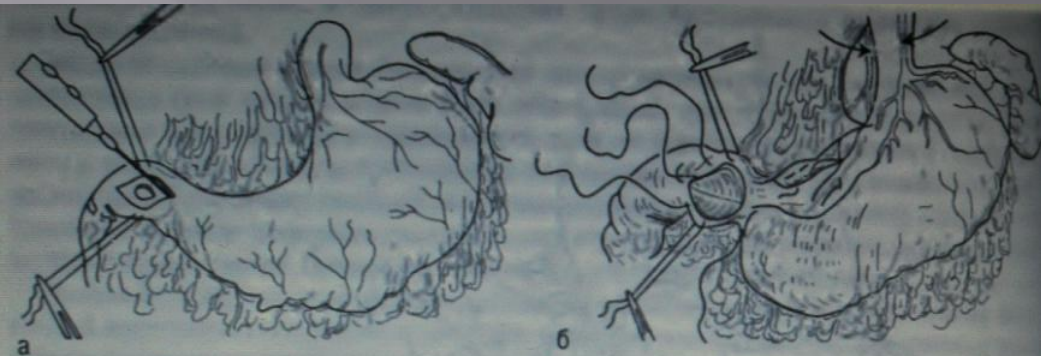
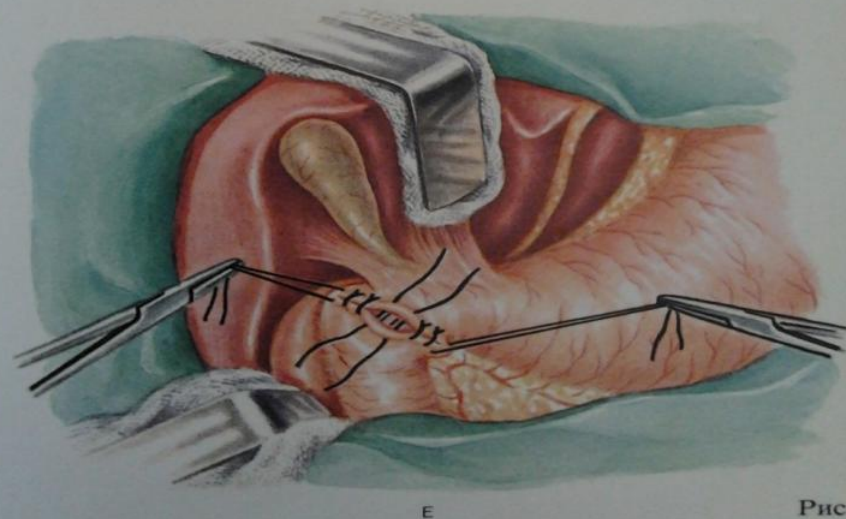
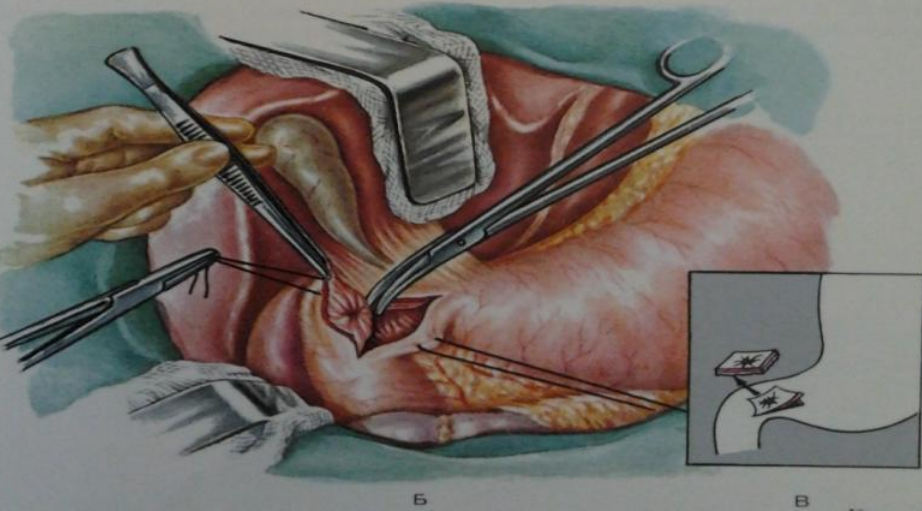
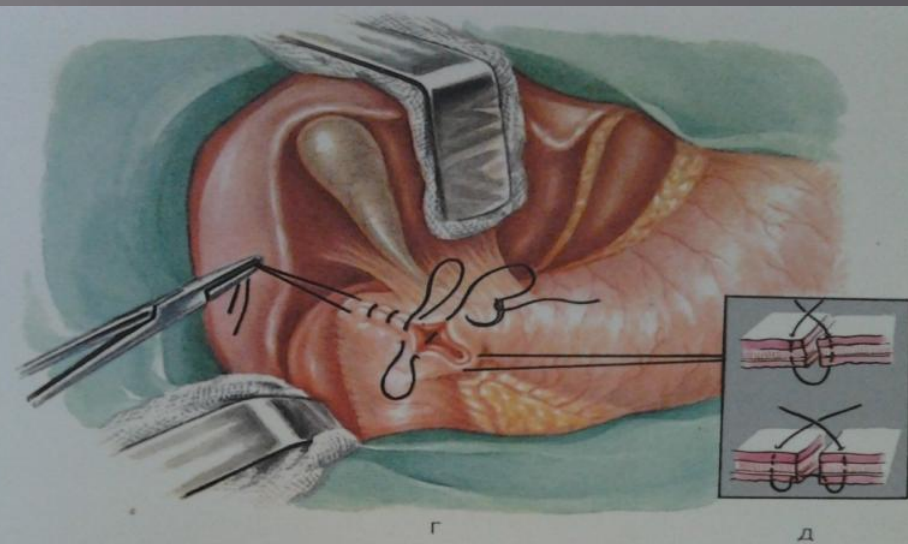
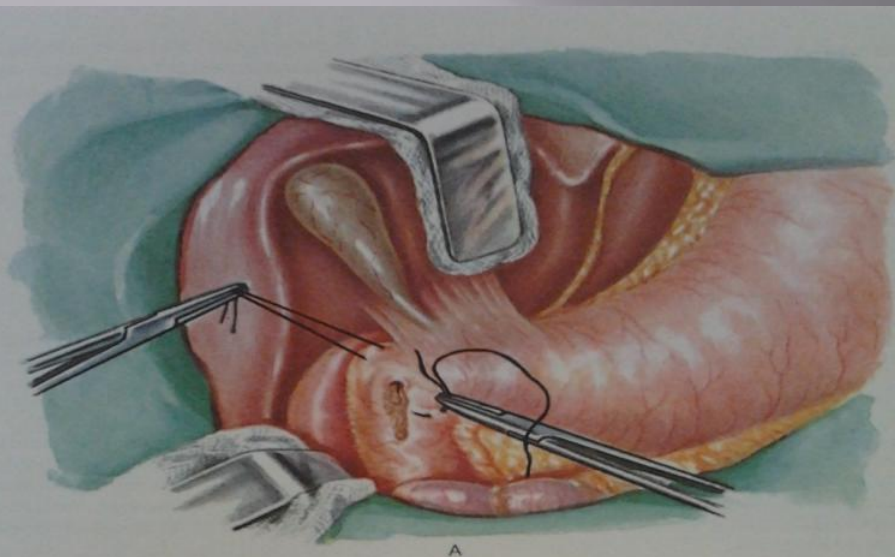


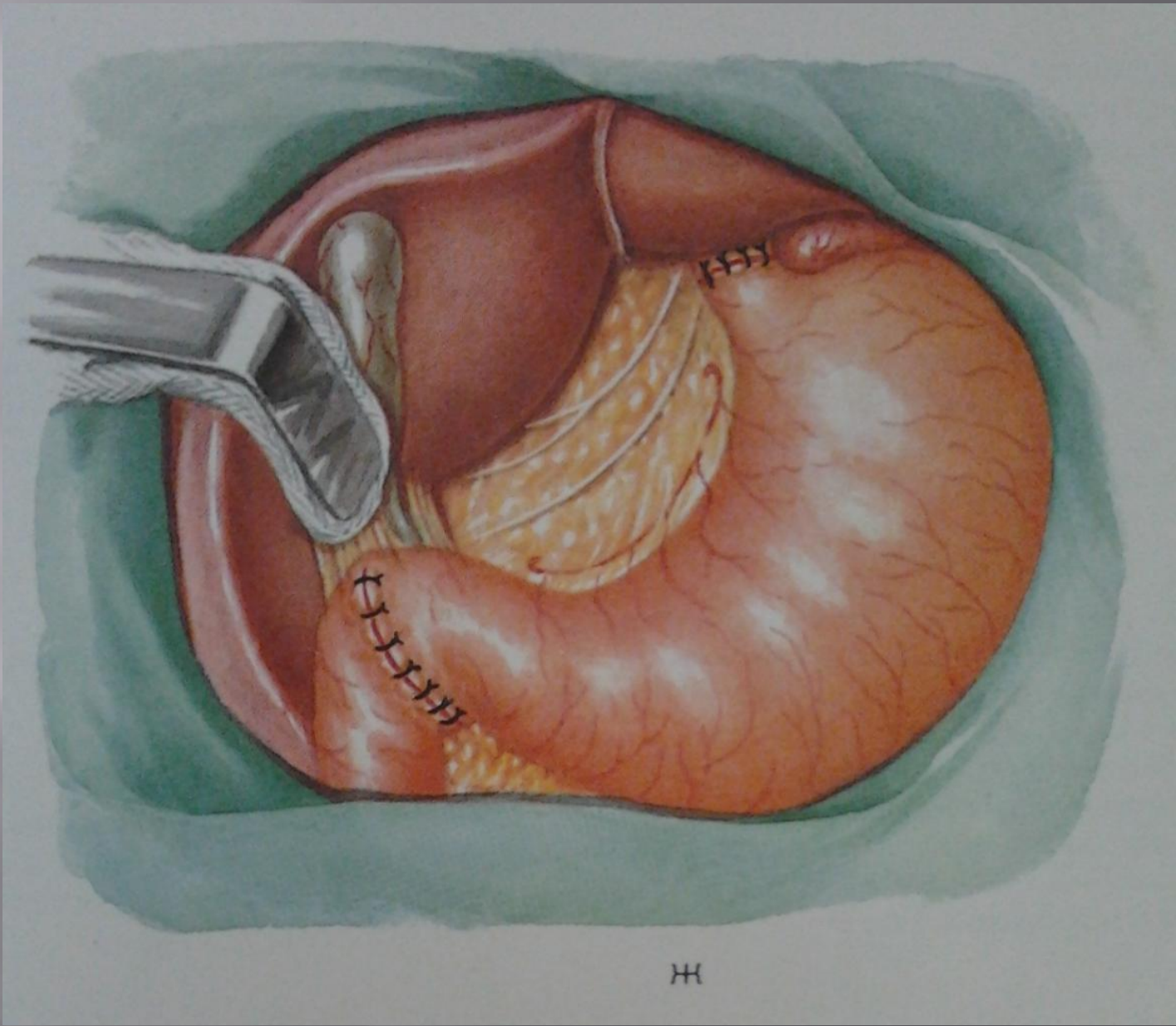
Рис. 51-7. Пилоропластика по Гейнеке-Микulichу: а — иссечение прободной язвы электроножом; б — ушивание дефекта в стенке органа отдельными швами в поперечном направлении.



Рис. 51-8. Стволовая ваготомия: а — мобилизация абдоминального отдела пищевода после рассечения пищеводно-диафрагмальной связки; б — передний (левый) блуждающий нерв пересечён, правый выведен из клетчатки позади пищевода.

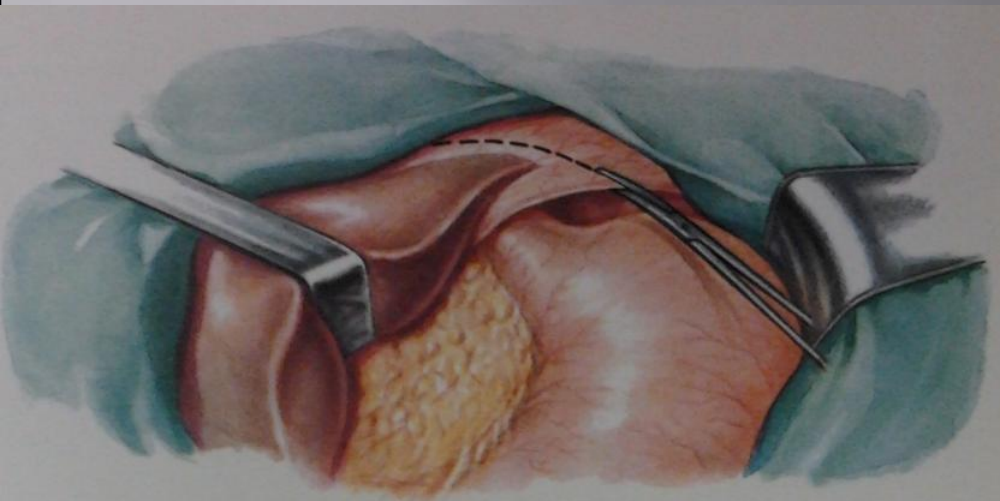
Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу



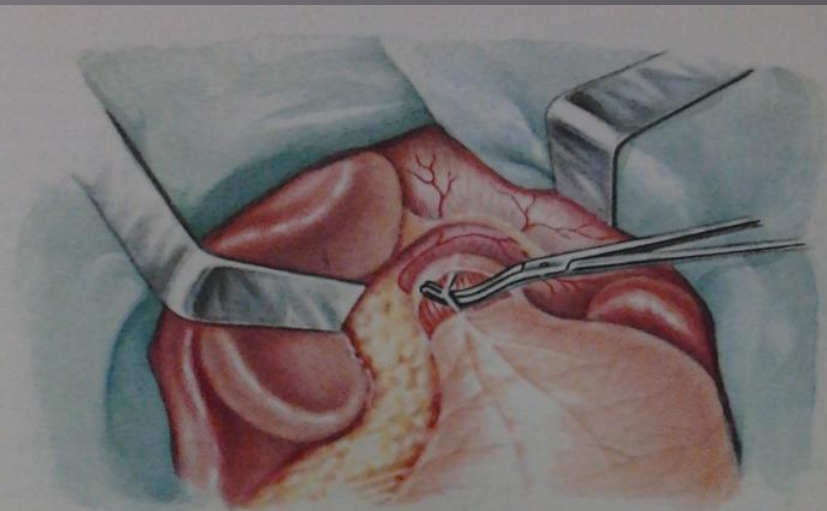


五

Стволовая ваготомия



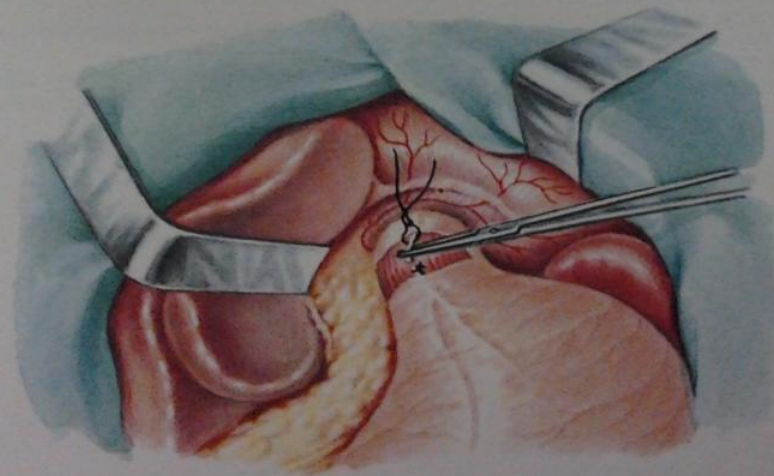
A



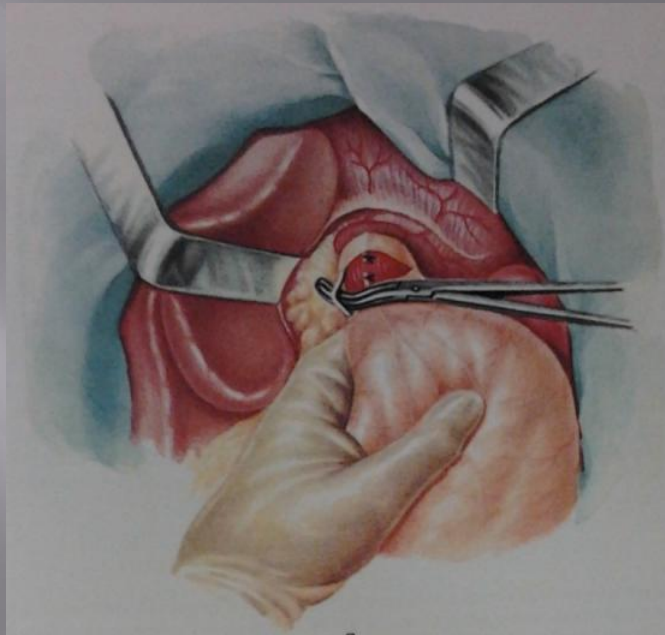
B



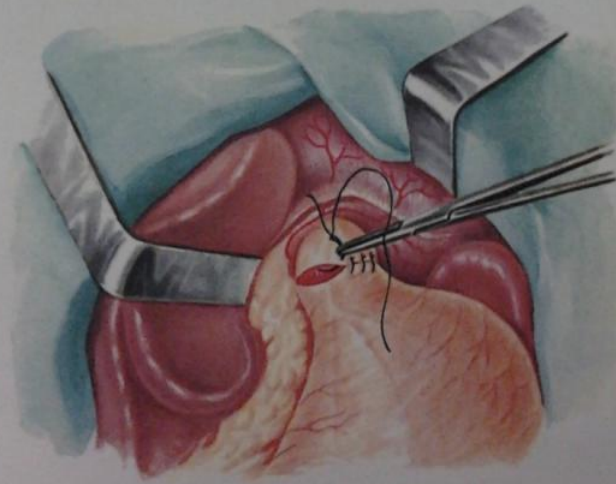
В



Г



Д



Е

Резекция желудка (антрумэктомия) в сочетании со стволовой ваготомией

- ▣ Выполняют, когда обнаруживают перфорацию язвы 12 ПК и одновременно хроническую язву желудка.
- ▣ При обнаружении хронической язвы 12 ПК и перфорации язвы желудка.
- ▣ При наличии сочетания нескольких осложнений язвенной болезни.
- ▣ При пилородуоденальном стенозе III-IV степени.
- ▣ Резекцию проводят, как правило, по методу Бильрот – II в модификации Гофмейстера – Финстерера. При низких дуоденальных язвах, технических трудностях обработки культи 12 ПК целесообразно выполнение анастомоза по Ру.

Рис. 51-5. Резекция желудка по методу Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера. Культи двенадцатиперстной кишки ушита кисетным швом. Накладывается анастомоз между культёй желудка и петлёй тощей кишки, проведённой позади поперечной ободочной кишки через «окно» в брыжейке ободочной кишки.



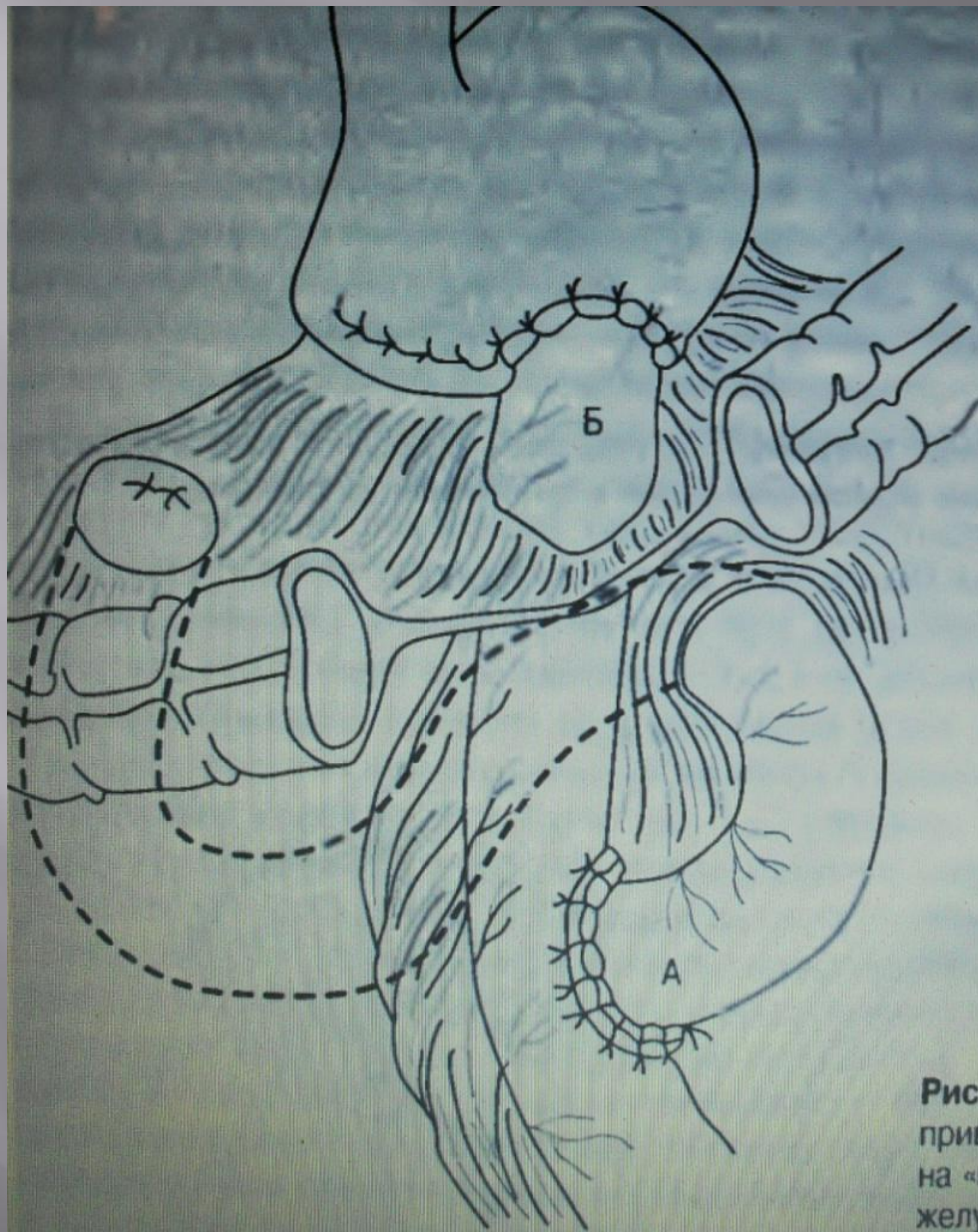


Рис. 51-6. Резекция желудка по Ру: приводящая кишка (А) анастомозирована «конец в бок» с отводящей от культи желудка кишкой (Б).

Консервативный метод лечения

- ▣ Предложен J. Teylor (1946).
- ▣ Консервативный метод лечения перфоративной язвы (холод на эпигастральную область, постоянная аспирация желудочного содержимого и массивная антибактериальная терапия) может быть использован в исключительных случаях при полной невозможности выполнения оперативного пособия.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!