

# Перфорация язвы желудка или двенадцатиперст ной кишки

Профессор Юрий  
Владимирович  
Плотников



## определение

**Прободение, или перфорация, язвы желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК) – сквозной про-рыв язвы в свободную брюшную полость или клетчаточные прост-ранства. В отличие от пенетрации, процесс всегда имеет неограни-ченный характер. Нередко эти понятия смешиваются в связи с тем,**

## **определение**

**У больного 48 лет в течение нескольких лет болел живот. Неожиданно он пожаловался на боль, припухлость и покраснение на бедре. После разреза и дренирования там образовался свищ. Синька, принятая через рот, окрасила выделения. При гастроскопии обнаружена гигантская язва средней трети задней стенки желудка без признаков малигнизации.**

**Осложнение**

- кровотечение**
- перфорация**
- стеноз**

# История

На одной из древних глиняных дощечек прочитали, что дочь фараона умерла после крика "Какая боль!!!". При аутопсии перфорацию язвы у солдата описал Muralto в 1688 году. Christopher Rawlingson в 1727 году описал прободную язву средней трети желудка и язву ДПК. Прижизненный диагноз перфорации язвы, подтвержденный при аутопсии, поставил Wunderlich. Первая резекция желудка была произведена в 1881 году при стенозе (Ридигер), а шов прободного отверстия только в 1892 (Хейснер, при свечах!). В 1901 г. Мойниген собрал сведения о 51 больном, оперированном по поводу прободения из них только 9 выжило

Статистика

**Прободение  
наблю-дается с  
частотой 15-20 на  
100 тыс.**

**населения в год.**

**Какова частота**

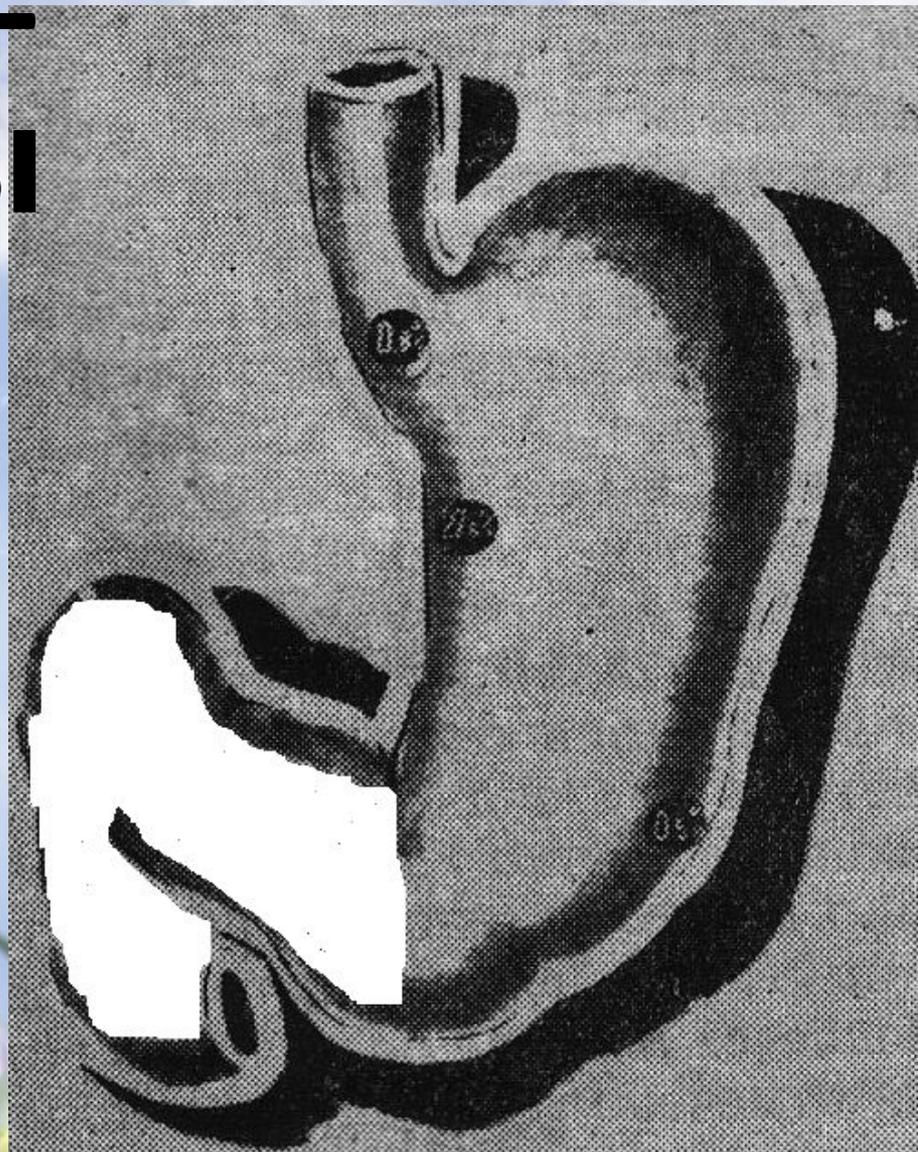
**слезаний?**

# Статистика

Частота перфорации среди больных язвенной болезнью составляет от 3 до 20%. Отмечается значительное преобладание мужчин, в соотношении 10:1. Возраст больных чаще всего 30-50 лет, но встречаются и дети, даже новорожденные, и долгожители. Летальность составляет от 5 до 17,9%. Статистика последнего десятилетия подчеркивает рост этого грозного осложнения. Причинами являются увеличение количества пожилых и старых больных, людей с тяжелыми сопутствующими заболеваниями,

# Статистика

**Чаще перфорируют язвы передней стенки ДПК и правой половины желудка.**



# Статистика

**Более часто  
напряжена и  
болезнена  
половина  
брюшной стенки  
- правая**

## Статистика

Язвы задней стенки чаще осложняются пенетрацией, но возможна и перфорация.

**Куда?**

Бывает множественная перфорация нескольких язв.

**К чему это приводит?**

Чаще перфорации отмечаются в послеобеденное время. **В**

**какое время суток чаще**

## Статистика

Возможен разрыв желудка на месте зарубцевавшейся язвы и на фоне стеноза. Частота перфораций увеличивается в стрессовые годы. Известно резкое увеличение прободений во время бомбардировок Лондона. **Кто это делал?** Нынешнее время относится к таким годам: количество перфораций

**Патологическая физиология**  
**Перитонит при перфорации**  
**является одним из факторов,**  
**влияющих как на различные**  
**нарушения в организ-ме, так и на**  
**тактику хирургического лечения.**  
**Как правило, до 6 часов от**  
**момента перфорации в**  
**брюшной по-лости имеется**  
**прозрачный экссудат.**  
**Париетальная и висцеральная**  
**брю-шина ярко**  
**гиперемированы. Пара-**

**Патологическая физиология**  
**Степень бактериальной**  
**контаминации не превышает**  
 **$10^3$ - $10^4$  микробных тел в 1 мл**  
**экссудата. Микробный пейзаж**  
**представлен грамполо-**  
**жительными кокками,**  
**лактобациллами, грибами**  
**рода *Candida*. У 30% больных в**  
**эти сроки бактериальное**  
**обсеменение отсутствует. Все**  
**это позволяет выбрать ради-**

**Патологическая физиология**  
**В более поздние сроки от**  
**момента перфорации в**  
**брюшной полости по-являются**  
**мутный или гноевидный**  
**экссудат, фиксированные**  
**наложения фибрина,**  
**паралитическая кишечная**  
**непроходимость с увеличением**  
**бак-териального загрязнения. В**  
**этот период следует избрать**  
**минимально травматичный**  
**способ вмешательства,**

## **боль в животе**

**Клиника прободения язвы до-вольно характерна. Главная жа-лоба - это боль в животе.**



## **боль в животе**

**Боль и напряжение брюшной стенки возникают вследствие попадания в брюшную полость активных химических, физических и бактериальных раздражителей (соляная кислота, пепсин, желчь, трипсин, и др.).**



# Вопрос

**Боль сильнее при пер-форации**

**-желудка**

**-ДПК**

**-желчного пузыря**

**-тонкой кишки**

**-толстой кишки**



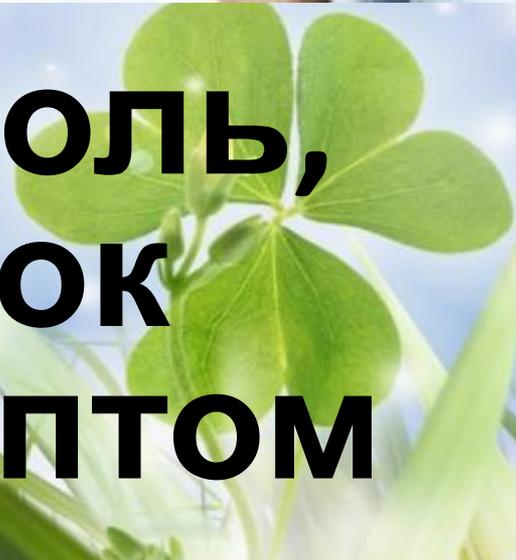
**Вопрос**

**Боль  
сильнее при  
-перфорации  
-  
кровоотечении**



## Боль в животе

**Боль нередко  
невыноси-мая,  
появляется  
внезапно, как  
«удар кинжала»  
(«кинжальная» боль,  
«как будто кипяток  
разлился») - симптом**



## **Боль в животе**

**Даже длительно болеющие язвенной болезнью отмечают, что подобной боли они никогда не испытывали. Лишь у 10-15% больных отмечается постепенное развитие болевого синдрома, особенно на фоне очередного обострения язвенной болезни.**

**Это состояние называется преперфоративным. Поэтому любое усиление болей у больного с язвенной болезнью нужно**

**считать за возможность**

## **Боль в животе**

**Интенсивность болевого синдрома связана со скоростью и объемом желудочного содержимого, которое поступает в брюшную полость. Иногда можно отметить неожиданное уменьшение болей, что связано с закупоркой отверстия сальником или кусочком пищи, прикрытием печенью.**

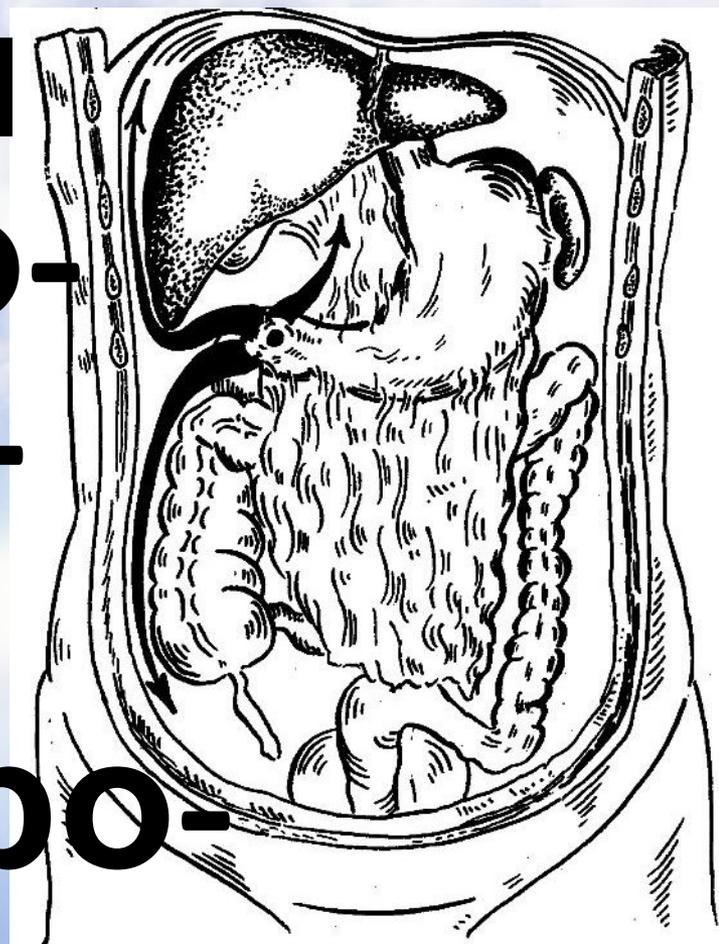
# Боль в животе

Начинается боль с того места, где имеется язва: в подложечной области, правом или левом подреберье. Изливание содержимого обуславливает распространение боли. Из язвы малой кривизны, левой половины желудка жидкость разливается по левому боковому фланку живота.



## Боль в животе

Из язв ДПК и правой половины желудка пищевые массы распространяются по правому фланку.



## Вопрос

**Почему на  
преды-дущих  
картинках есть  
стрелки, на-  
правляющиеся  
вверх?**

**Боль в животе**

**Язвы задней стенки  
обусловли-вают  
распространение содержи-  
мого  
желудка  
в саль-  
нико-  
вую  
сумку**



# Напряжение мышц живота

Вторым весьма важным признаком является напряженный, втянутый, доскообразный живот. Особенно он выражен у молодых, физически крепких, мускулистых людей. У них рельефно выделяются прямые мышцы. Значительно меньше напряжение выражено у пожилых и стариков, тучных или находящихся в состоянии алкогольного опьянения. В годы блокады Ленинграда у голодающих людей напряжение



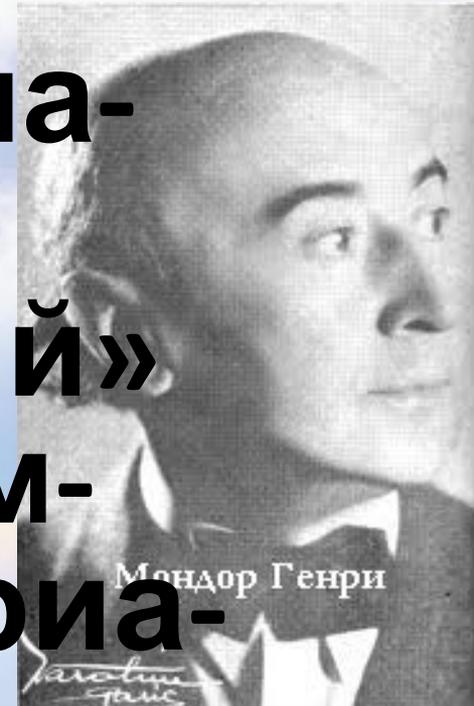
# Язвенный анамнез

У части больных имеется «язвенный анамнез» - доказанные признаки язвенной болезни (50-70%). Гораздо чаще отмечается так называемый «желудочный анамнез» - когда язвенную болезнь, неподтвержденную инструментальными исследованиями, можно диагностировать по типичным жалобам. У 20-30% больных боль возникает впервые в жизни - это так называемые «немые язвы».

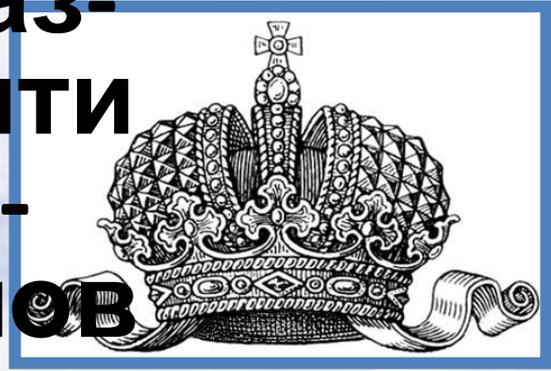


клиника

**Сочетание трех признаков - «кинжальная» боль, «доскообразный» живот, язвенный анамнез носит название триады Мондора - одного из любимых хирургических писателей 20-30 годов. К сожалению, все три симптома встречаются**



В связи с выраженным раздражением брюшины почти сразу отмечается положительный **король симптомов** перитонита – **симптом Щеткина-Блюм-берга**. Отмечается кожная гиперестезия.



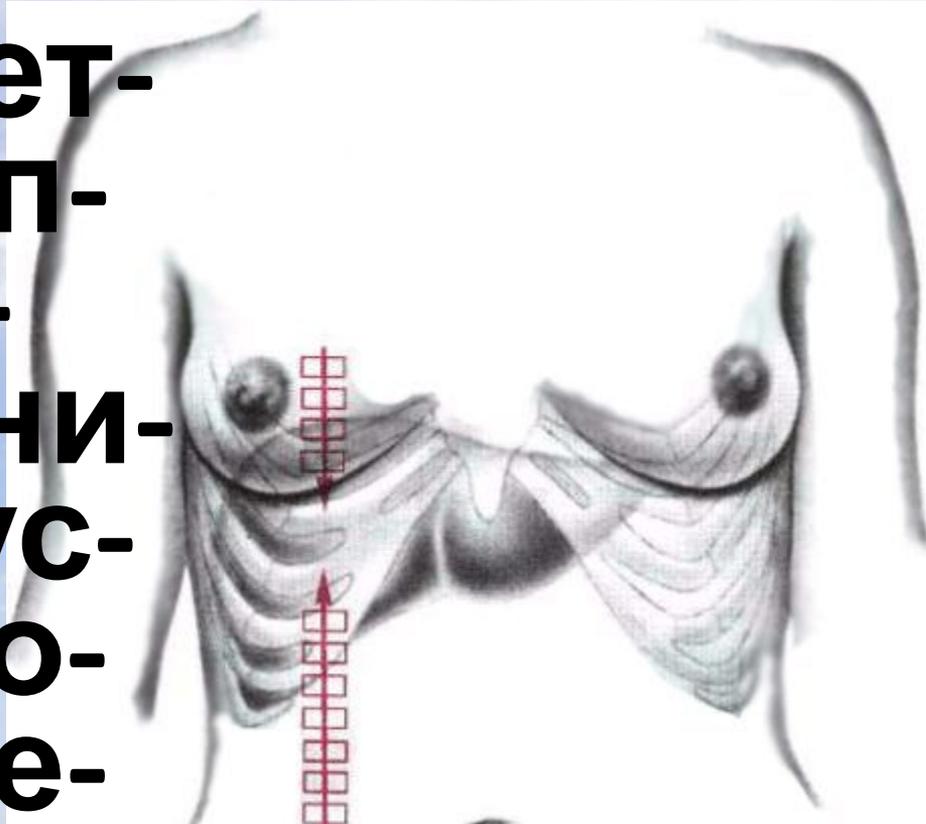
## клиника

Характерный признак перфорации – свободный газ в брюшной полости. Он определяется перкуторно, по исчезновению печеночной тупости симптомом Жобера, в России – Спигарного.



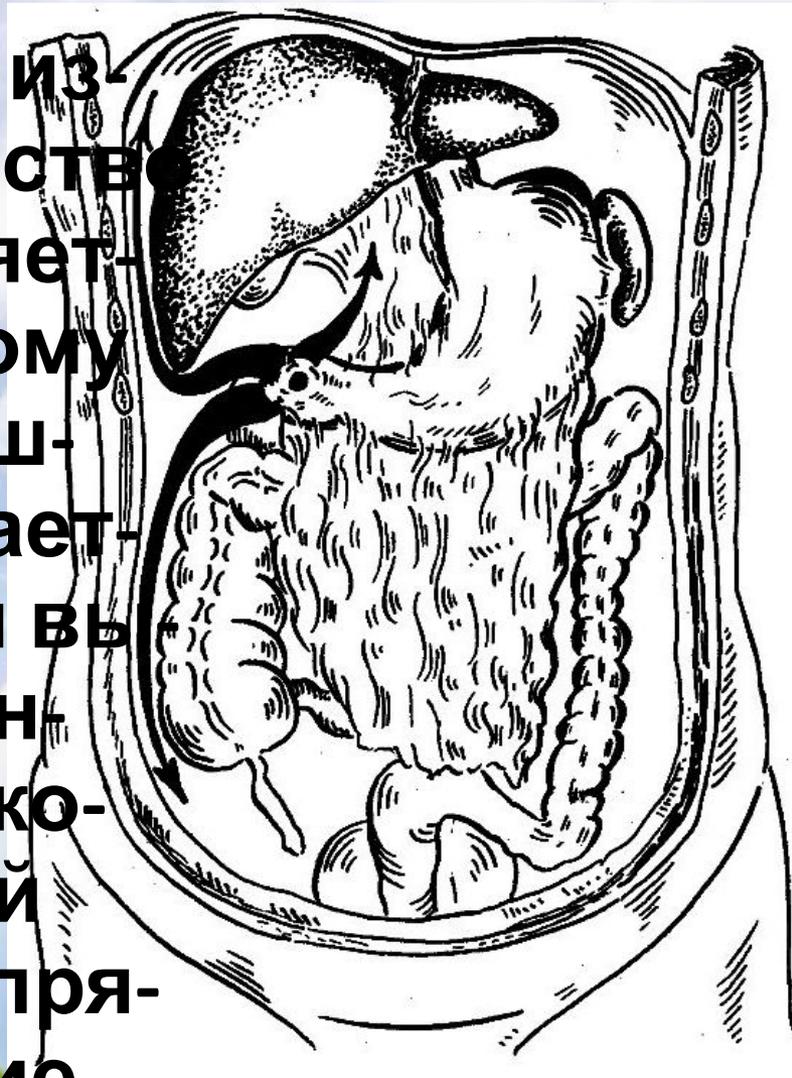
## клиника

Особенно отчетливо этот симптом определяется при сравнительной перкуссии слева (газовый пузырь желудка) и справа по средней подмышечной линии (где должна быть печеночная тупость).



# Клиника

Если в брюшную полость изливается большое количество жидкости, то она устремляется по правому латеральному каналу в правую подвздошную область, где скапливается (вместе с экссудатом) и вызывает довольно выраженные боли. Скопление жидкости в правой подвздошной области вызывает там напряжение мышц и притупление перкуторного звука (симптом де Кервена).

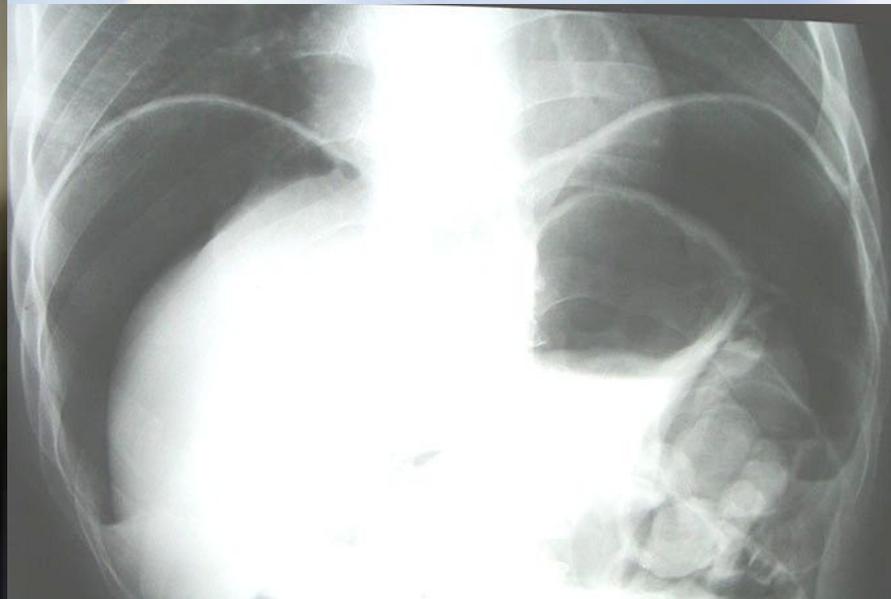


клиника

**Это явление нередко  
служит причиной  
ошибочной диаг-ностики  
острого аппендици-та.  
Известная  
последователь-ность:  
боль в эпигастрии, рвота,  
перемещение боли в  
правую подвздошную об-**

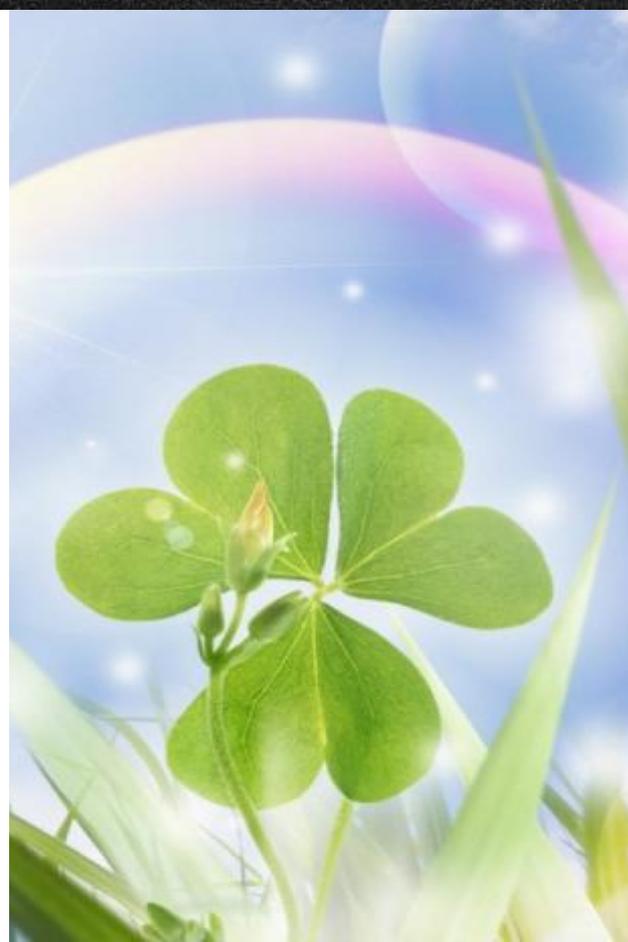
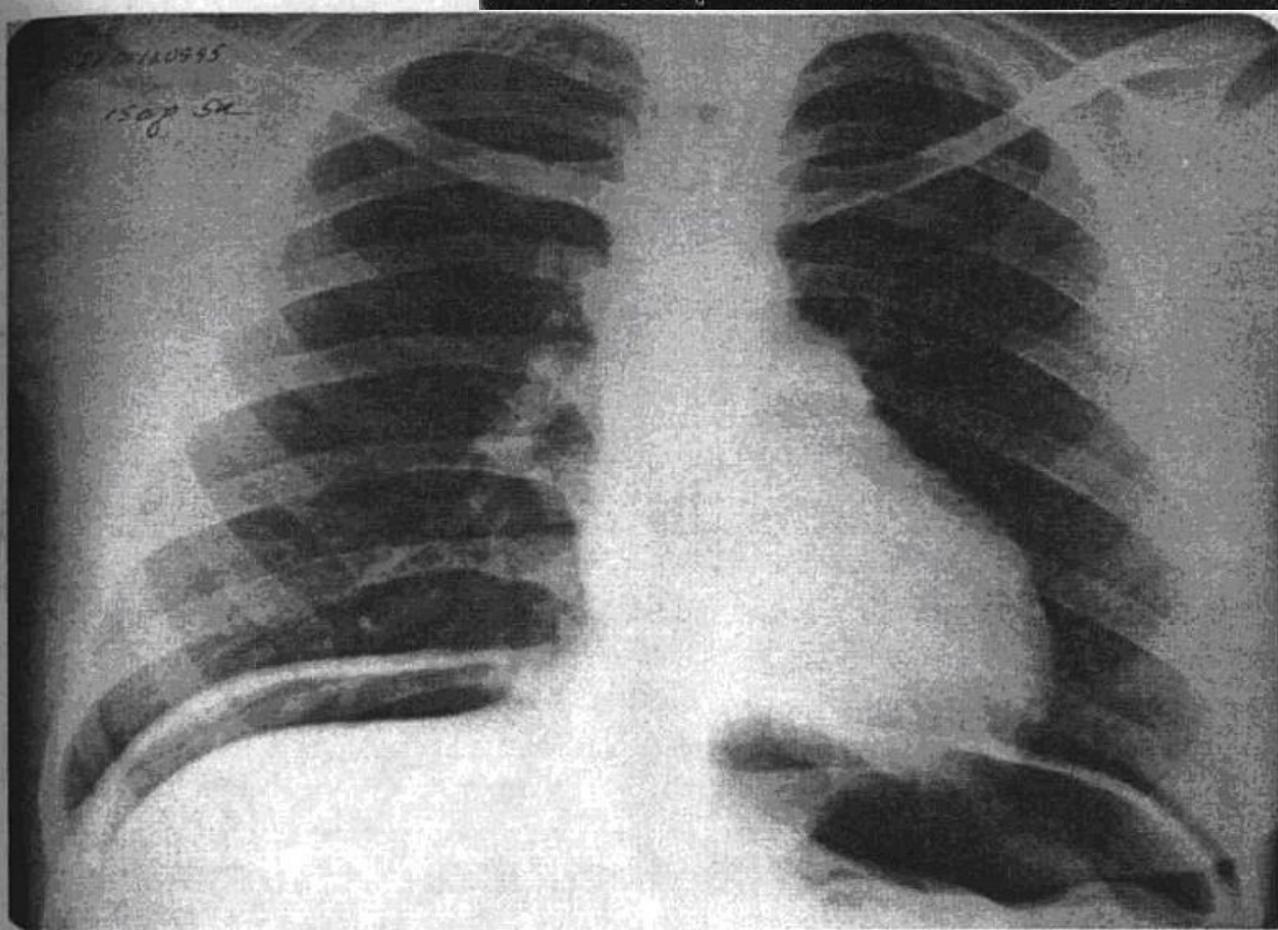
## клиника

Еще более доказательно обнаружение газа на рентгенограмме брюшной полости, сделанной в вертикальном положении больного или на боку.



# КЛИНИКА





клиника

**Но газ не всегда находится в содержимом или его может быть недостаточно. Поэтому этот симптом определяется не всегда, только у 2/3 больных. Газ находится в большей степени в желудке, чем в**

клиника

**Свободный газ в  
брюшной полости  
чаще**

**определяется при  
перфорации язвы**

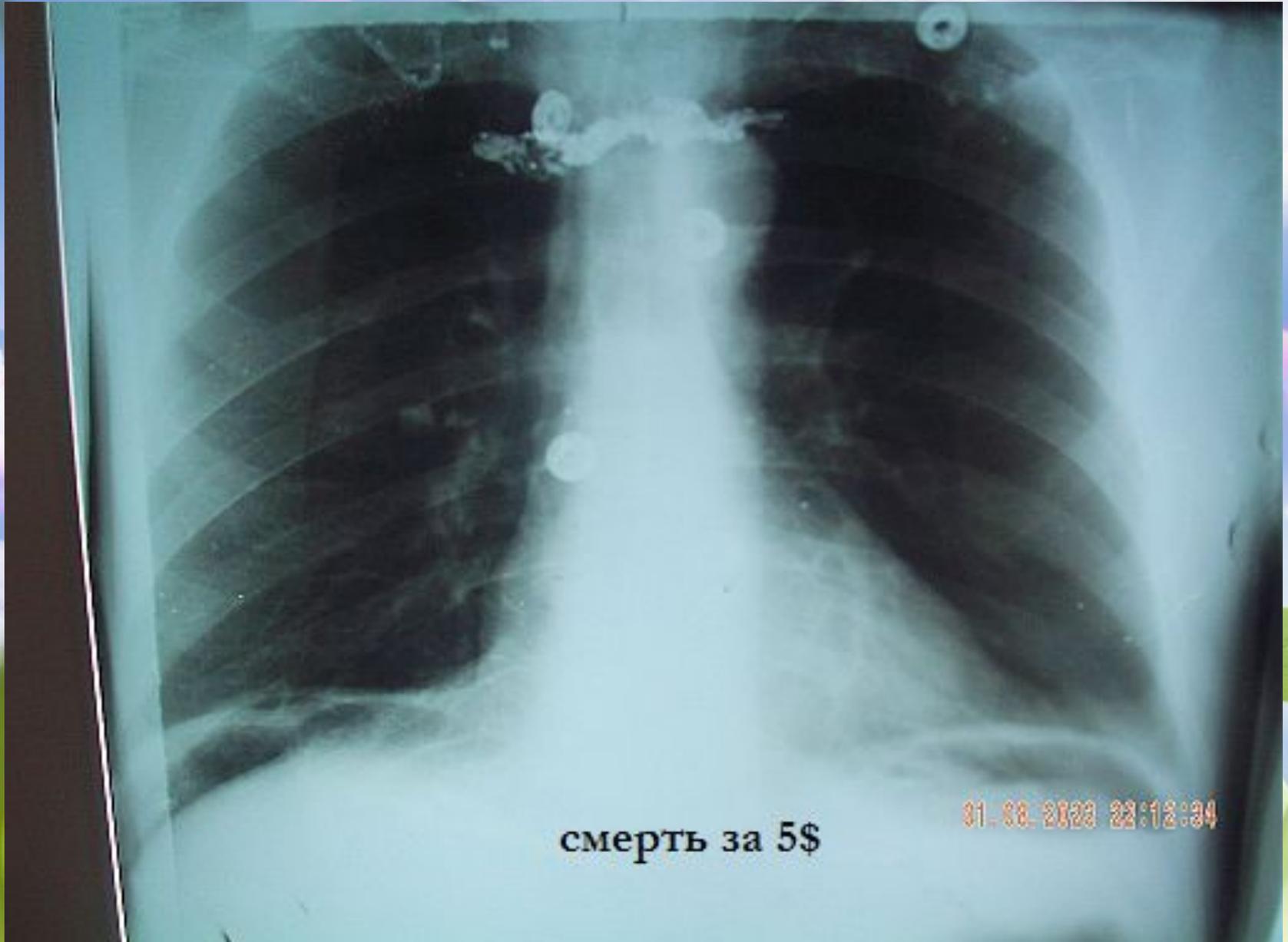
**желудка**

**ДПК**

## Свободный газ

Напоминаю, что исследование это бесконтрастное и барий при этом не дается. Иногда можно дать смесь соды и лимонной кислоты, что образует шипучую смесь и увеличивает частоту обнаружения серповидной полоски газа между

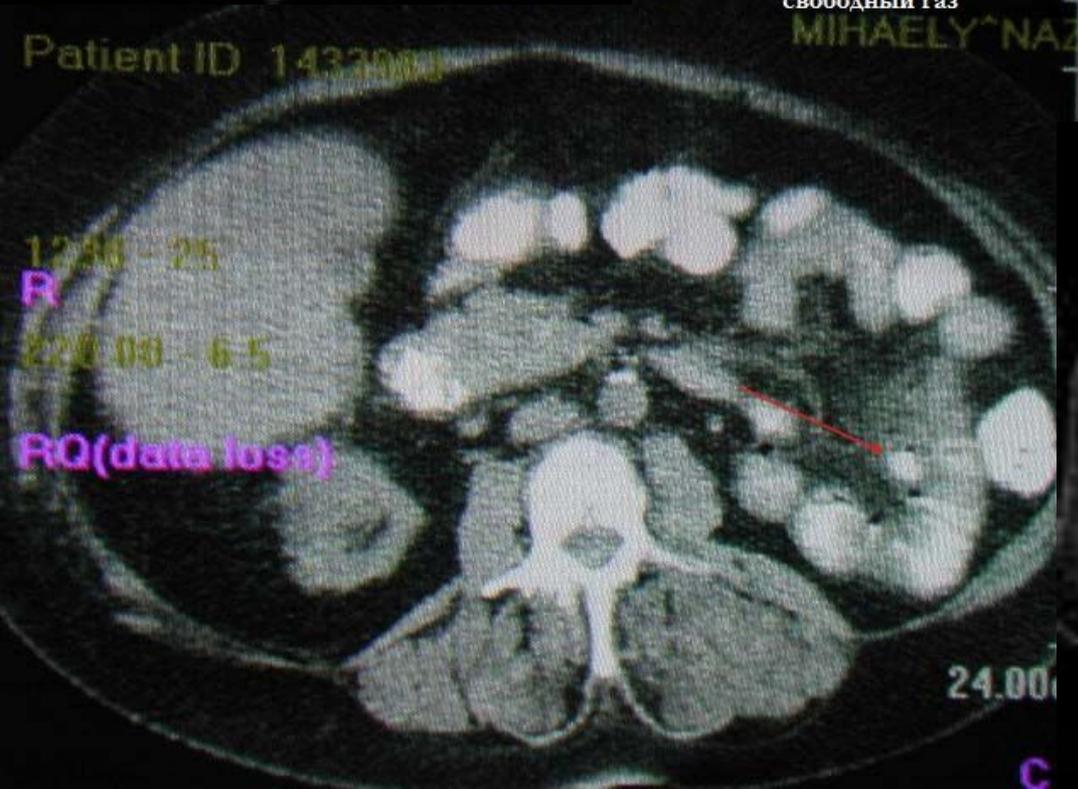
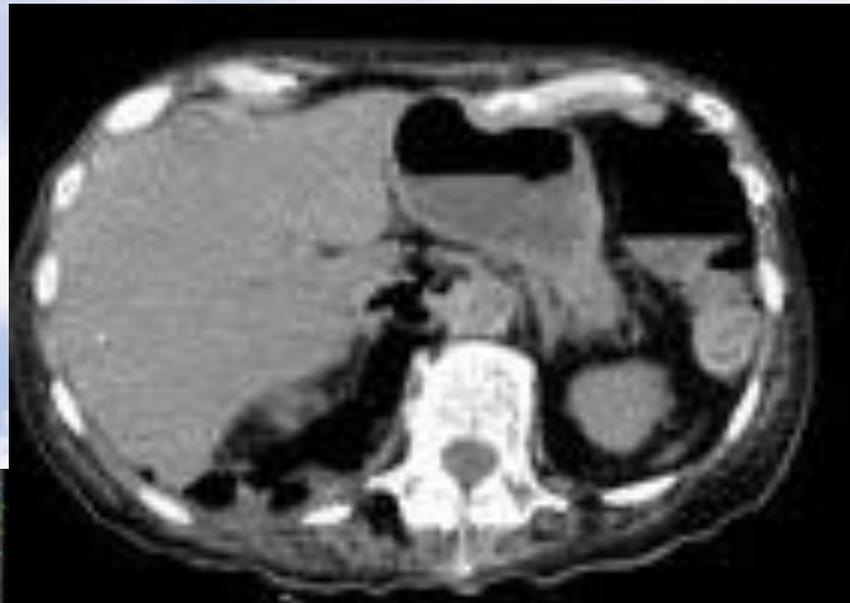
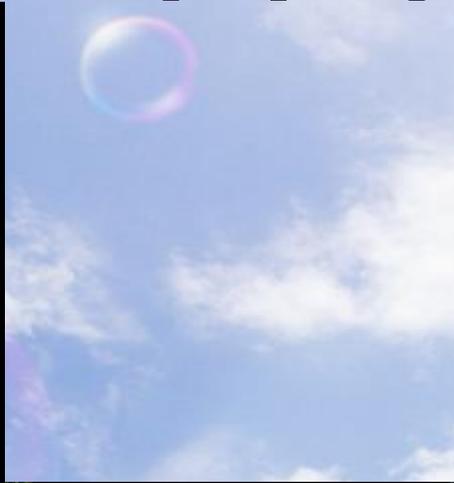
# Смерть за 5 долларов



смерть за 5\$

01.08.2020 22:12:34

# СТ при перфорации язвы



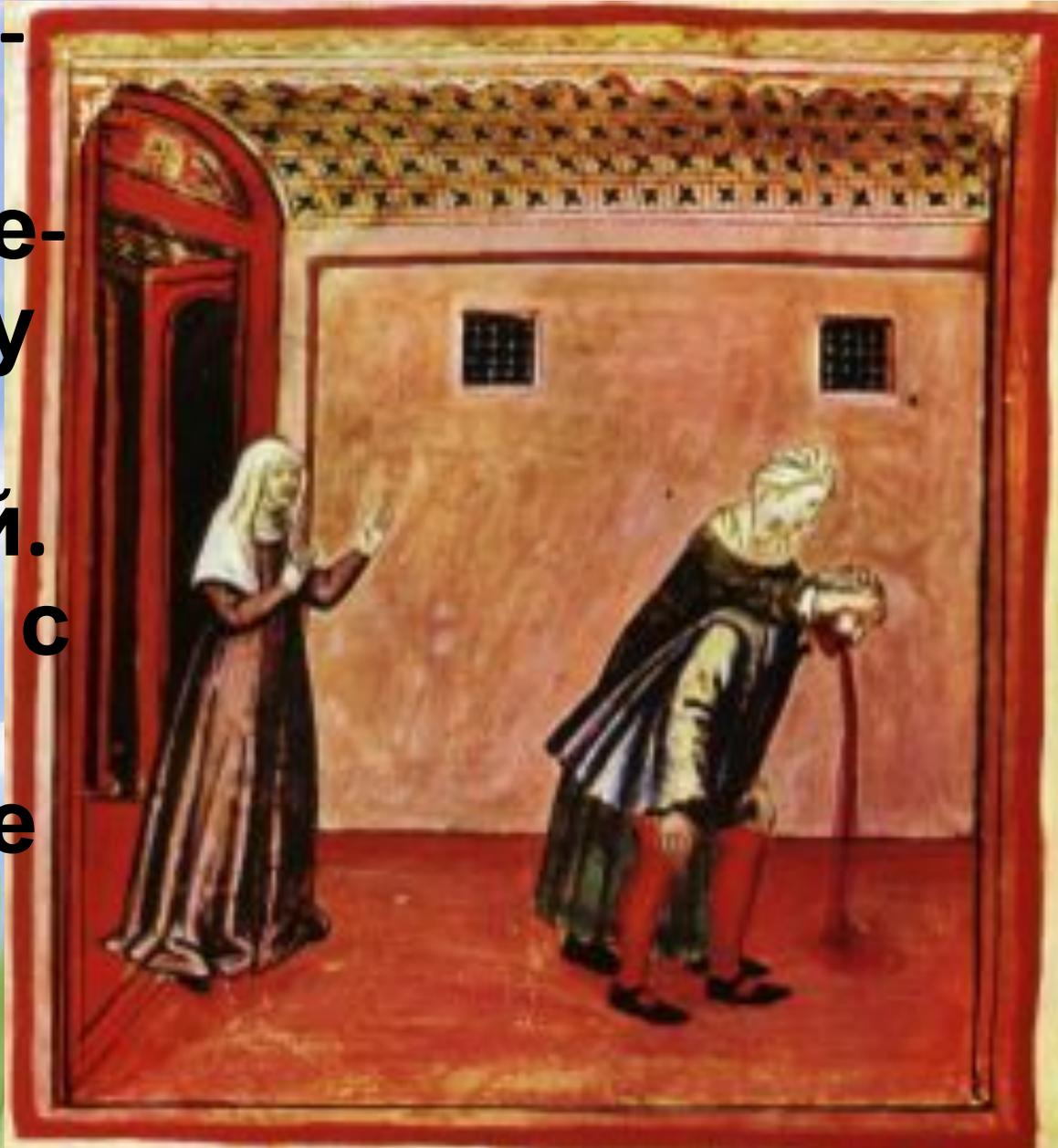
# Рвота

Рвота встречается при прободении нечасто, при полном желудке, на фоне стеноза или развивающегося перитонита. Чаще содержимое вытекает в брюшную



# Рвота

**Сочетание про-  
бодения и кро-  
вотечения отме-  
чается только у  
5% больных  
с перфорацией.  
Поэтому рвоту с  
кровью можно  
увидеть крайне  
редко.**



# Рвота

Когда студент начинает ответ о  
клини-ке перфора-я ГОТОВ!

ТИВНОЙ ЯЗ-  
ВЫ с крова-  
вой рвоты,  
у препода-  
вателя сра-  
зу склады-  
вается впе-

чатление, что перед ним  
двоечник



ругайте !!!

Создай свою котоматрицу на [kotomatrix.ru](http://kotomatrix.ru)

# Сочетание перфорации и

## кровотечения

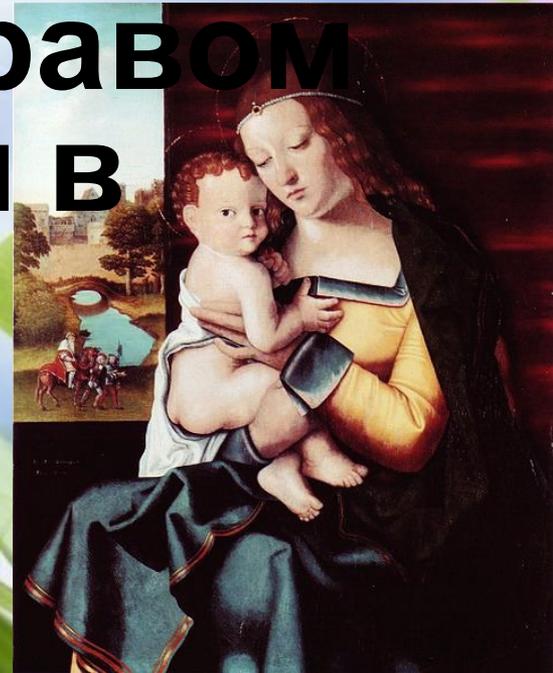
В редких случаях этого события наблюдается три варианта течения: 1) сначала наступает кровотечение, затем прободение (рвота с кровью или мелена – боль); 2) оба осложнения наступают одновременно (боль и рвота с кровью (мелена) в первый же момент; 3) сначала наступает прободение, затем -

# Сочетание перфорации и кровотечения

**В ЭТИХ ВАРИАНТАХ  
ПОЧТИ У  
ПОЛОВИНЫ  
БОЛЬНЫХ ОДНО ИЗ  
ОСЛОЖНЕНИЙ НЕ  
РАС-ПОЗНАЕТСЯ.**

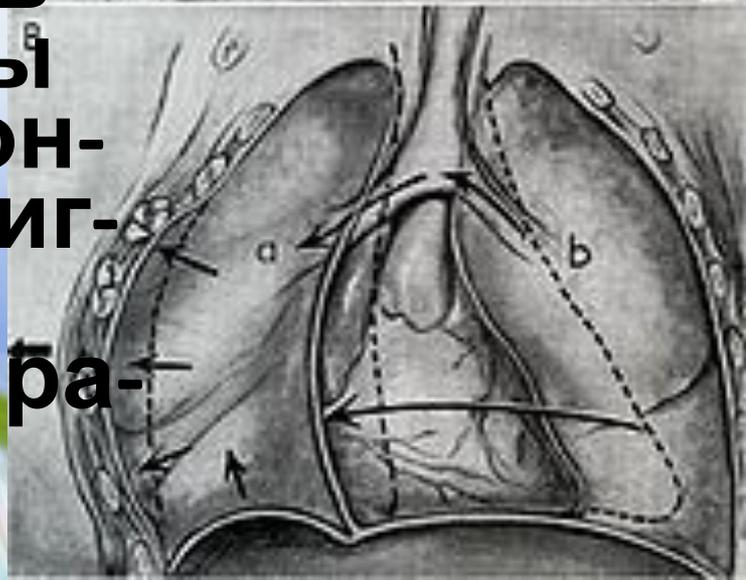
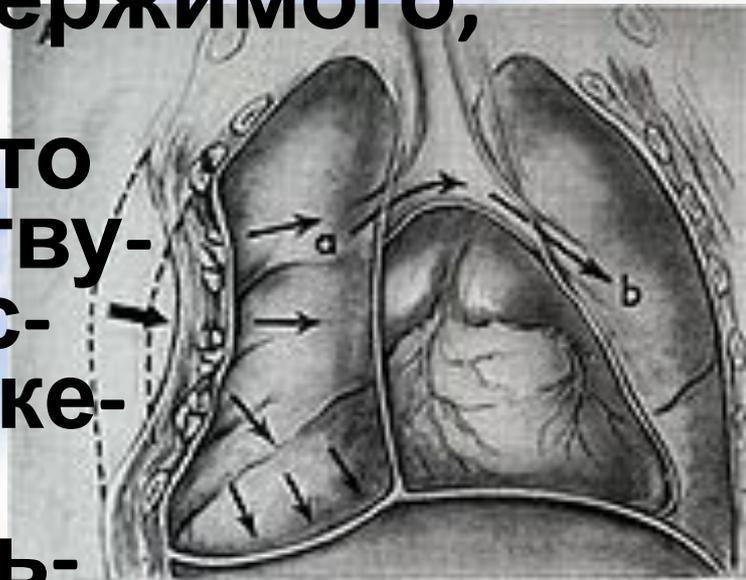
# Клиника

Больные, стараясь  
облегчить страдания,  
принимают вынужденное  
положение (сидя с притя-  
нутыми к животу коленями,  
лежа на спине или правом  
боку с согнутыми в  
коленях нога-  
ми - поза ма-  
донны).



# Клиника

Если под куполом диафрагмы скапливается много содержимого, раздражающего диафрагму, то боли отдают в соответствующее плечо – «френикус-симптом» - симптом Элекера. Возможен симптом «ваньки-встаньки» - больной из полусидячей позы стремится занять горизонтальное положение, как игрушка с низким центром тяжести. Развивается парадоксальное дыхание (симптом Литона).



## клиника

В первые часы после перфорации пульс бывает замедленным (симптом Грекова, может быть Джанелидзе). У мужчин отмечается высокое положение яичек в мошонке (симптом кре-мастера). Описан целый ряд симпто-мов при аускультации. Могут выслушиваться шум трения диафрагмы, сердечные тоны в животе, серебрис-тый шум

**Триада признаков**

**Кинжальная  
боль в животе.  
Доскообразный  
живот.  
Свободный газ в  
животе.**

## **Пентада признаков**

**1. Кинжальная боль в животе.**

**2. Доскообразный живот.**

**3. Свободный газ в животе.**

**4. Притупление в правой подвздошной области**

**5. Признаки перитонита**

# Виды перфорации

Различают три вида перфораций:

1) в свободную брюшную полость;

2) «прикрытые» или двухмомент-ные (название предложил Шниц-лер 1912 году);

3) «атипичные» (в полость малого сальника, в забрюшинную клет-чатку

# Прикрытая перфорация

Иногда отчетливая клиника перфорации стихает. Это возможно при прикрытии прободного отверстия изнутри - кусочком пищи, или снаружи – саль-ником, печенью. Впоследствии больной может даже выздороветь. Состояние называется «прикрытой перфорацией». Но возможна двухмо-ментная перфорация - при отхождении прикрыв-шего отверстие органа клиника возобновляется. Если ставится диагноз прикрытой перфорации и состояние больного позволяет не оперировать больного, то до 2 суток активные мероприятия (рентгеновское

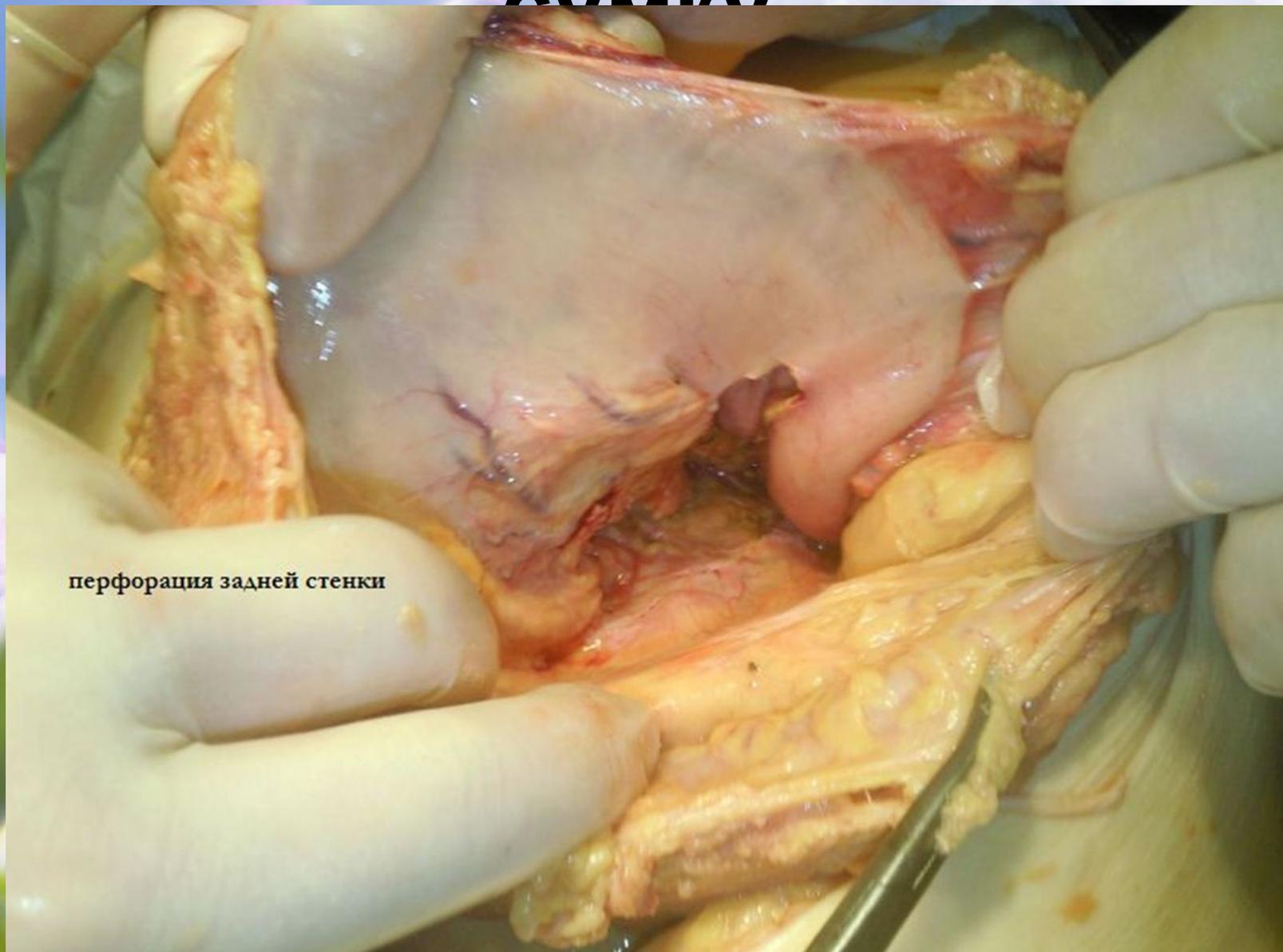
# Перфорация в сальниковую сумку

Течение перфорации язвы задней стенки в сальниковую сумку вначале напоминает клинику формирующегося абсцесса брюшной полости или острого перитонита.

Болевой синдром и напряжение брюшной стенки выражены меньше, чем обычно. Проявления перитонита не возникают до того момента, пока содержимое не попадет через сальниковое (винслово) отверстие в свободную брюшную полость. Тогда клиника напоминает **симптом Кохера-Волковича**.



# Перфорация в сальниковую сумку



перфорация задней стенки

# Перфорация в клетчаточные пространства

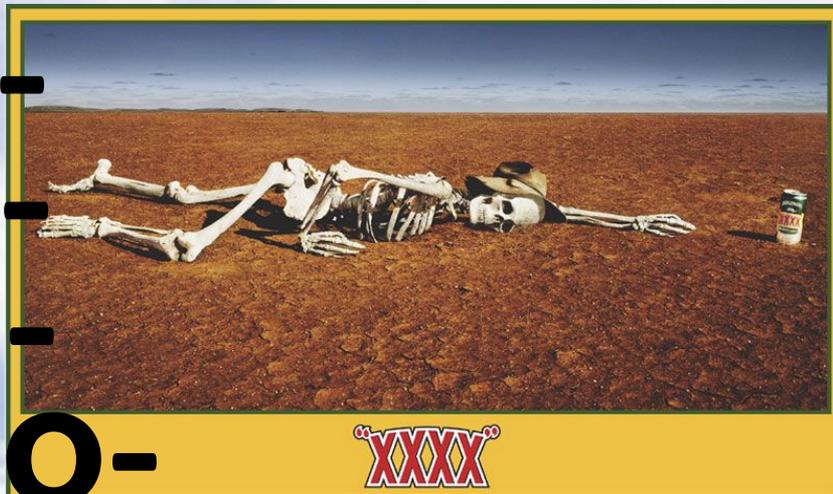
При прободении язвы в пространство между листками малого сальника или в забрюшинное пространство развивается флегмона забрюшинного пространства или переход воспалительного процесса на клетчатку средостения. Тогда появляется гектическая температура, эмфизема средостения, возможна подкожная эмфизема шеи. Чаще это наблюдается при кардиаль-



**Течение перитонита**  
**В начальный период**  
**(реактивная стадия перитонита)**  
**состояние боль-ных**  
**удовлетворительное. Язык**  
**влажный, температура тела**  
**нор-мальная. Длится этот**  
**период от 6-12 часов до суток.**  
**Условиями являются возраст**  
**больного, количество из-**  
**лившегося содержимого,**  
**реактив-ность больного,**  
**сопутствующие заболевания.**

# Течение перитонита

Развитие перитонита определяет появление сухости во рту, жажды, задержку стула и газов.



Имидж ничто!

Жажда все...

# **Токсическая стадия**

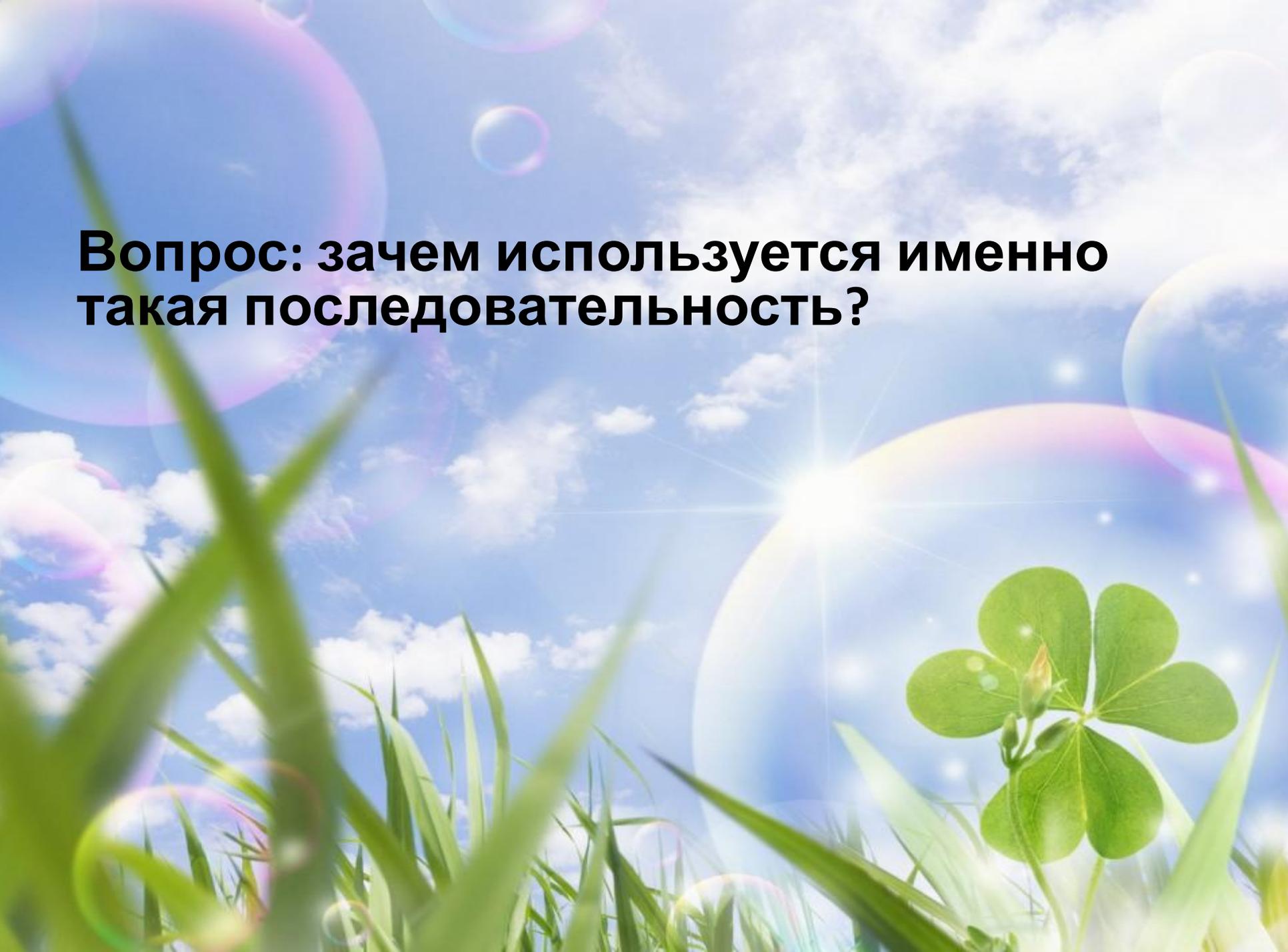
**Коварна следующая стадия перитонита - токсическая, она же «мнимого благо-получия». Она длится до 2 суток и бо-лее. Наступает эйфория. Боли и напряжение брюшной стенки несколько уменьшаются. Только бдительный врач отметит тахикардию, несоответствующую субфебрильной температуре, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.**

**Терминальная стадия**  
**Крайне опасна терминальная**  
**ста-дия перитонита. Она**  
**наступает че-рез сутки и более.**  
**Состояние боль-ного тяжелое**  
**или крайне тяжелое. Боль**  
**уменьшается. Возможна рво-та.**  
**Пульс нитевидный, АД**  
**снижено. Язык сухой и покрыт**  
**грязным нале-том. Живот вздут,**  
**перистальтика ослаблена, но**  
**возможен жидкий стул. Но**  
**определяется симптом**

## **диагностика**

**В запущенных случаях, крайне тяжело-желом состоянии больного, уста-новить причину перитонита весь-ма сложно. Диагностике помогают специальные методы: анализы крови и мочи, рентгеновский, эндоскопический, лапароскопия. Важной является последователь-ность:**

**Вопрос: зачем используется именно такая последовательность?**

A vibrant, surreal landscape featuring a bright sun with a starburst effect, a rainbow, green grass, and a four-leaf clover. The scene is filled with numerous colorful, iridescent bubbles of various sizes, creating a dreamlike atmosphere. The text is overlaid on the upper left portion of the image.

**Конечно, отмечается реакция белой крови на боль и воспалительную реакцию.**



# Дифференциальный диагноз

При дифференциальном диагнозе перфоративной язвы следует иметь в виду:

- 1) заболевания, при которых операция нанесет безусловный вред больному;
- 2) заболевания, где операция не ухудшит состояния больного;
- 3) болезни, также требующие операции, но возмозжен

# **Дифференциальный диагноз**

**К первой группе относятся базальная пневмония, плеврит, острый инфаркт миокарда, почечная колика. Ко второй группе имеют отношение пенетрирующая язва, отек поджелудочной железы, печеночная колика и др. К третьей группе принадлежат острый аппендицит, острая кишечная непроходимость, острый холецистит, панкреонекроз, и др. Особое место занимают спонтан-**

## **вопросы**

**Почему нужно думать  
о спонтанном  
пневмоторак-се?  
Какое место занимает  
расслаивающая  
аневриз-ма аорты?  
Какой рентгеновский  
при-знак позволяет  
отличить кишечную  
непроходи-мость?**

**Дифференциальный диагноз**  
Для уточнения диагноза  
следует тщательно  
выслушивать больных,  
произвести рентгеновское  
иссле-дование, гастроскопию,  
возмож-но, урологическое  
исследование, ЭКГ,  
исследовать амилазу мочи и  
крови. Наивысшей  
диагностической  
ценностью обла-



# Лечебная тактика

При диагнозе перфорации язвы больного следует срочно доставить в хирургический стационар. Категорически противопоказано введение наркотических препаратов. Основной операцией является шов прободного отверстия - операция, где устраняется осложнение, но не лечится сама болезнь. Напомню правила зашивания: 1) герметичность; 2) продольное направление вкола и выкола, чтобы не допустить сужения просвета; 3) швы не должны проникать через все стенки желудка в просвет; 4) зашивание желательно производить на толстом желудочном зонде. При сочетании перфорации и кровотечения из каллезной язвы, подозрительно плотных краях, противопоказаниях к резекции желудка возможно иссечение язвы. Возможна операция Джадда - иссечение язвы с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу. Разработаны пластические методы зашивания перфорации. Один из них - метод Оппеля-Поликарпова - пластика сальником на ножке. Есть предложения закрывать прободное отверстие серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудисто-нервной ножке. Во время операции обязательна ревизия и санация всех отделов

**Резекция желудка или ваготомия возможны в ранние сроки - до 6 часов от начала заболевания. Ваготомия предпочтительна стволовая, дренирующая операция - пилоропластика по Финнею. Способ резекции желудка выбирает хирург. Мы предпочитаем методики Б-1.**

**При прикрытой перфорации без признаков перитонита до 2 суток показана экстренная операция, после - наблюдение.**

При сомнениях в диагнозе, перфорация или острый аппендицит, рекомендуется вначале лапаротомию сделать в правой подвздошной области (аппендицит встречается чаще). Если в животе обнаруживается необычный выпот: желтого или зеленовато-серого цвета, с примесью желчи или пищи, то делают разрез в эпигастральной области. Здесь поможет лапароскопия. При сомнениях в характере выпота к 2-3 мл экссудата из брюшной полости можно добавить несколько капель 10% йодной настойки

# Лапароскопические операции

Successful treatment of perforated peptic ulcer with the laparoscopic approach was first reported in 1990.<sup>12</sup> Since then, various institutions have used this technique to treat patients with perforated peptic ulcer. Studies have shown that the conversion rate from a laparoscopic approach to an open approach varies from 0-25%. Compared with the open approach, the following results were observed with the laparoscopic method:

Increased operative time

Reduced requirement for postoperative analgesia

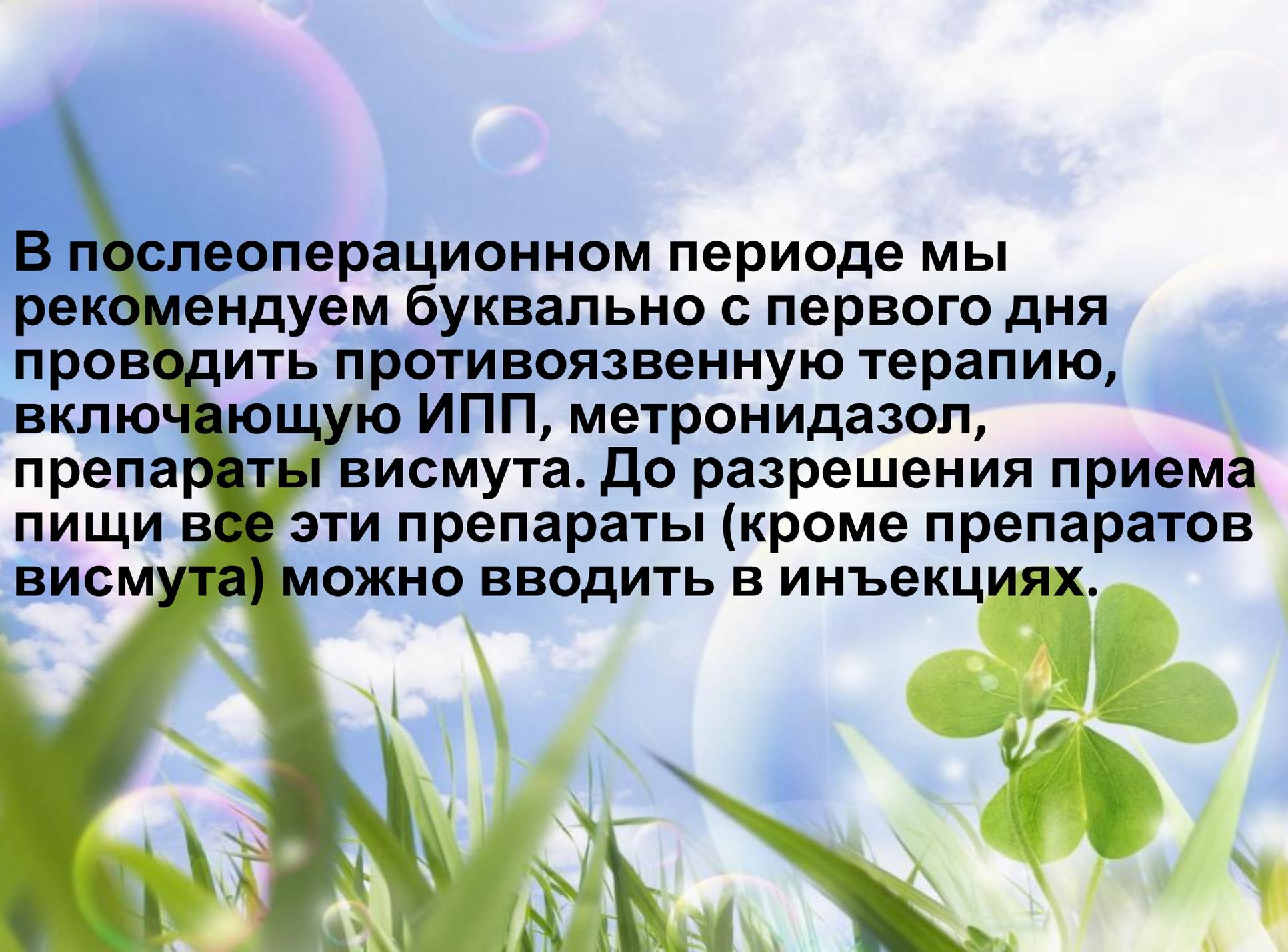
Reduced time to return to a normal diet

Shorter hospital stay

Earlier return to work<sup>13</sup>

No difference was found in blood loss, stress response (as determined by endotoxemia, bacteremia, and inflammatory markers), postoperative gastric emptying, or morbidity or mortality.<sup>14</sup>

One prospective randomized trial has compared laparoscopic surgery with open surgery for perforated ulcer. The study found that the only difference between the two groups was a reduced need for analgesia and an increased operative time in the laparoscopic group.<sup>15</sup>



**В послеоперационном периоде мы рекомендуем буквально с первого дня проводить противоязвенную терапию, включающую ИПП, метронидазол, препараты висмута. До разрешения приема пищи все эти препараты (кроме препаратов висмута) можно вводить в инъекциях.**

# Осложнения операции

Все осложнения операций разбирать не будем. Остановимся только на специфическом - нарушении эвакуации после шва прободного отверстия. Реже всего оно наблюдается после пластики по Оппелю-Поликарпову. Отмечается тяжесть в эпигастрии, рвоты достаточно большим количеством жидкости. Это редко происходит из-за полного зашивания просвета, чаще - из-за наступающего отека тканей. Не нужно спешить с повторной операцией. Рекомендуем инфузионную, противоотечную терапию, промывания желудка с помощью зонда. Безопасно проверять проходимость с помощью контрастного рентгеновского исследования, которое проводится не менее суток. После этого нужно тщательно, с помощью толстого зонда, промыть желудок от бария. В более поздние сроки помогает гастроскопия, при которой удастся провести зонд для питания за линию швов, в какой-то мере пробуживать суженное место. Повторную операцию приходится делать крайне редко, не ранее 3 недель после операции. При этом формируют гастроэнтероанастомоз, можно со стволовой ваготомией. Резекция желудка более рискована.

## метод Тэйлора

**В исключительных случаях применяется метод Тэйлора. Он заключается в постоянной эвакуации желудочного содержимого зондом, введении атропина, введении антибиотиков, инфузионной терапии, систематическое наблюдение хирурга с ректальным исследованием. Срок лечения - 7-10 суток.**

**Летальность в среднем равняется 10%. Она зависит от состава больных, их возраста. У больных старше 50 лет летальность в 3 раза выше. У женщин летальность в 2 раза выше. Дело в том, что они заболевают в более старшем возрасте. У доставленных позже 6 часов летальность выше более, чем в 2 раза. При перфорации язвы желудка летальность выше более, чем в 3 раза. Резекция желудка применяется по показаниям, поэтому летальность после нее сравнима с летальностью при зашивании перфоративного отверстия. У отобранных больных, где применялся метод Тэйлора, летальность достигает также 10%. Это молодые, здоровые люди, моряки. У неоперированных по каким-либо причинам patients летальность 42%**

**Благодарю за внимание!**

