

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

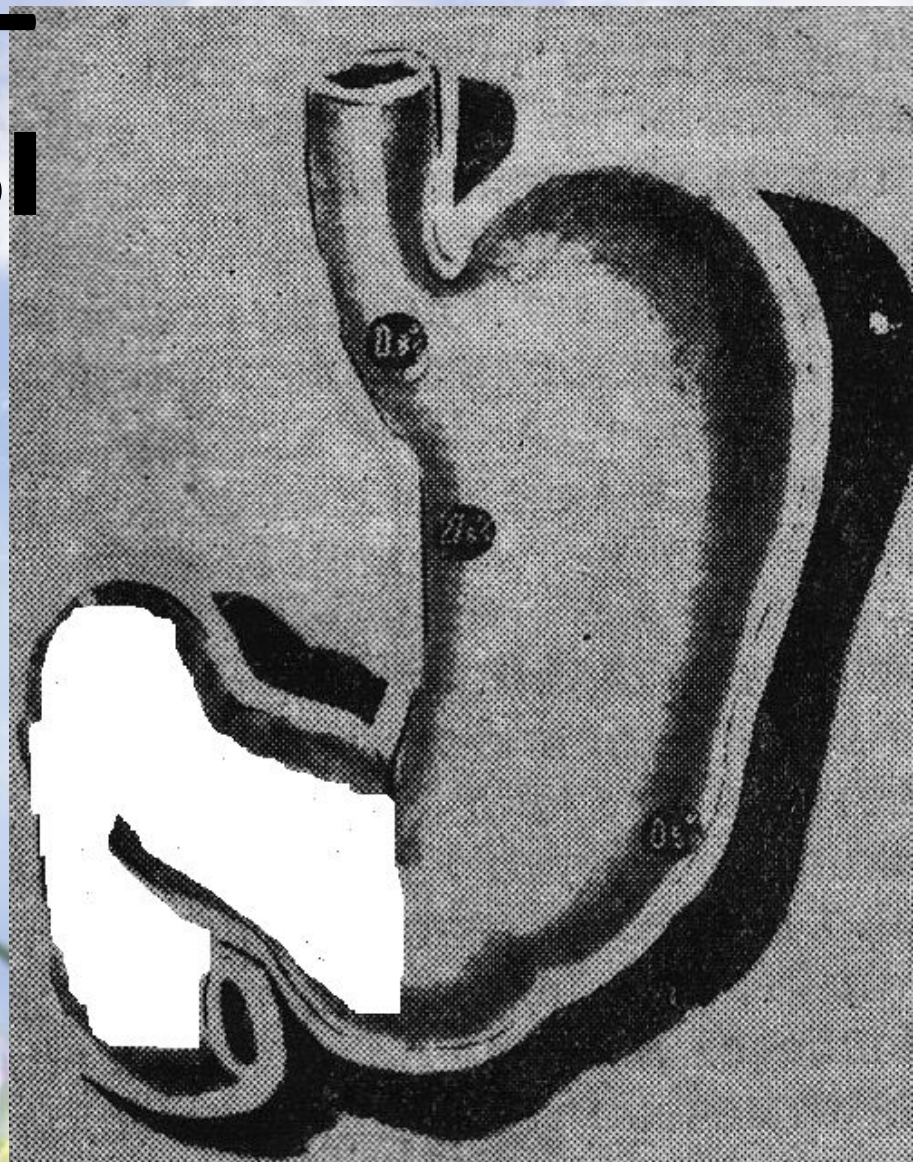
слезы?

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



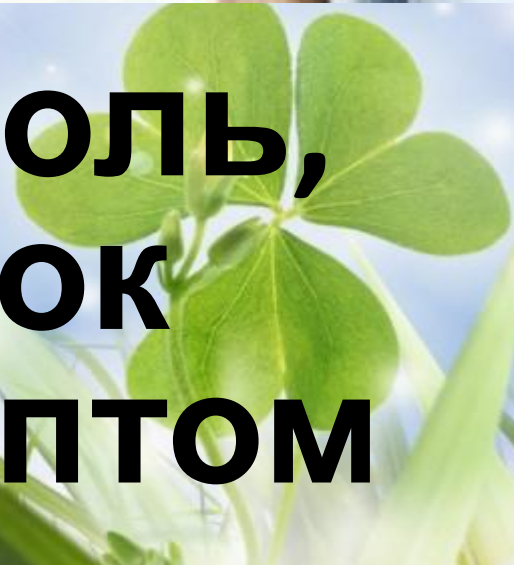
Вопрос

**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

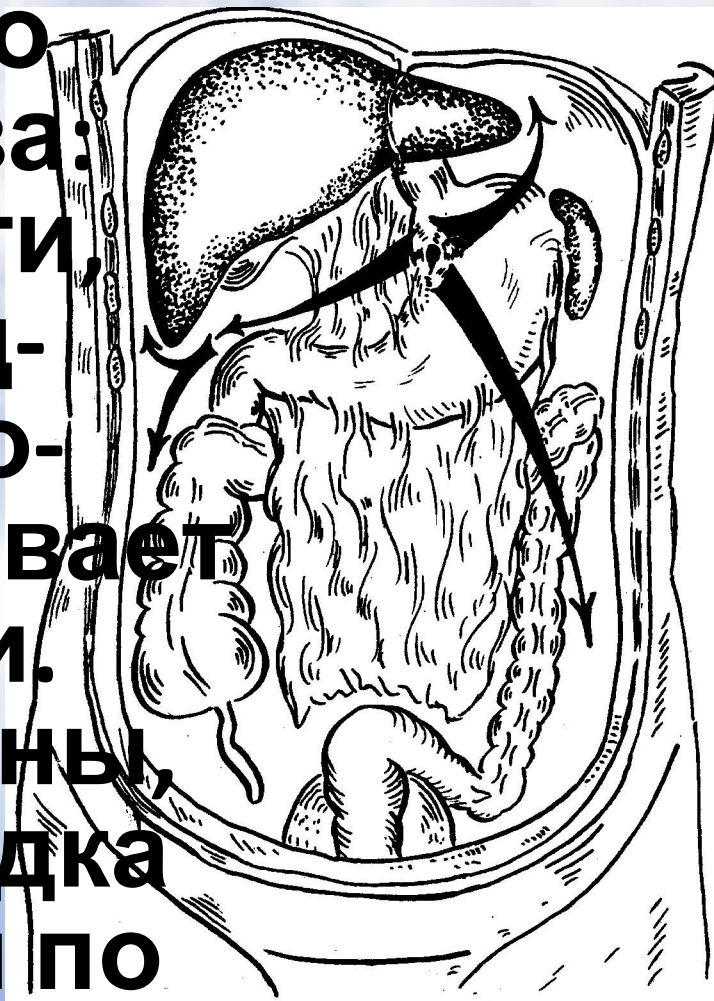
считать за возможность

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.

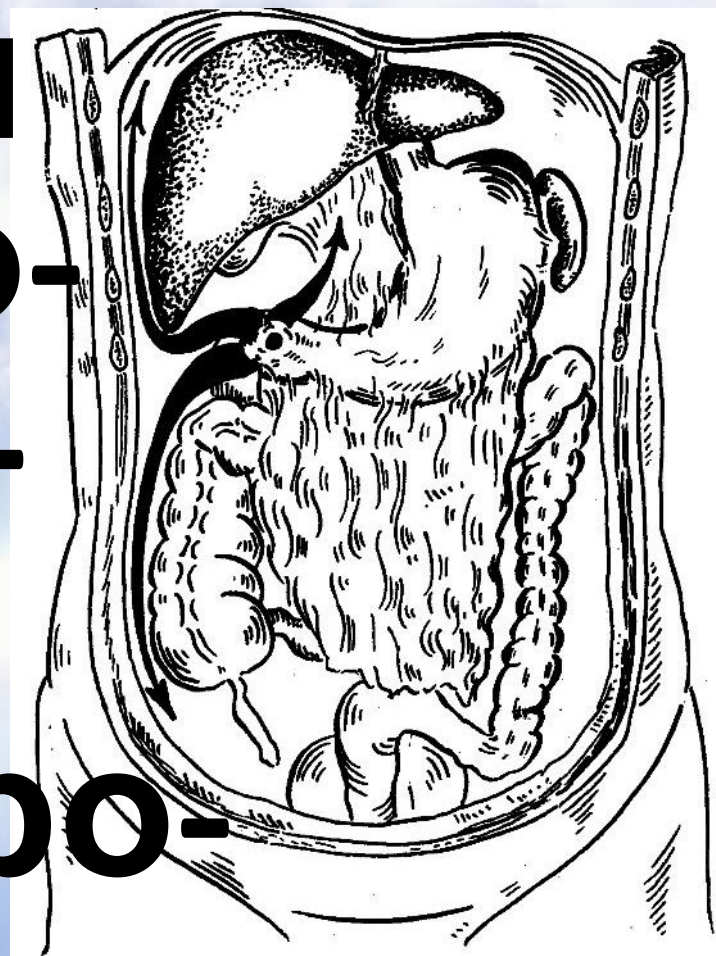
Боль в животе

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 обусловливают распространение содержимого желудка в сальниковую 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



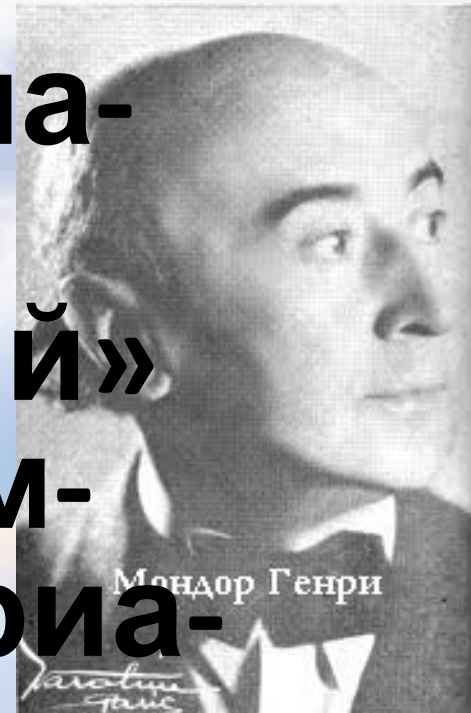
Язвенный анамнез

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.



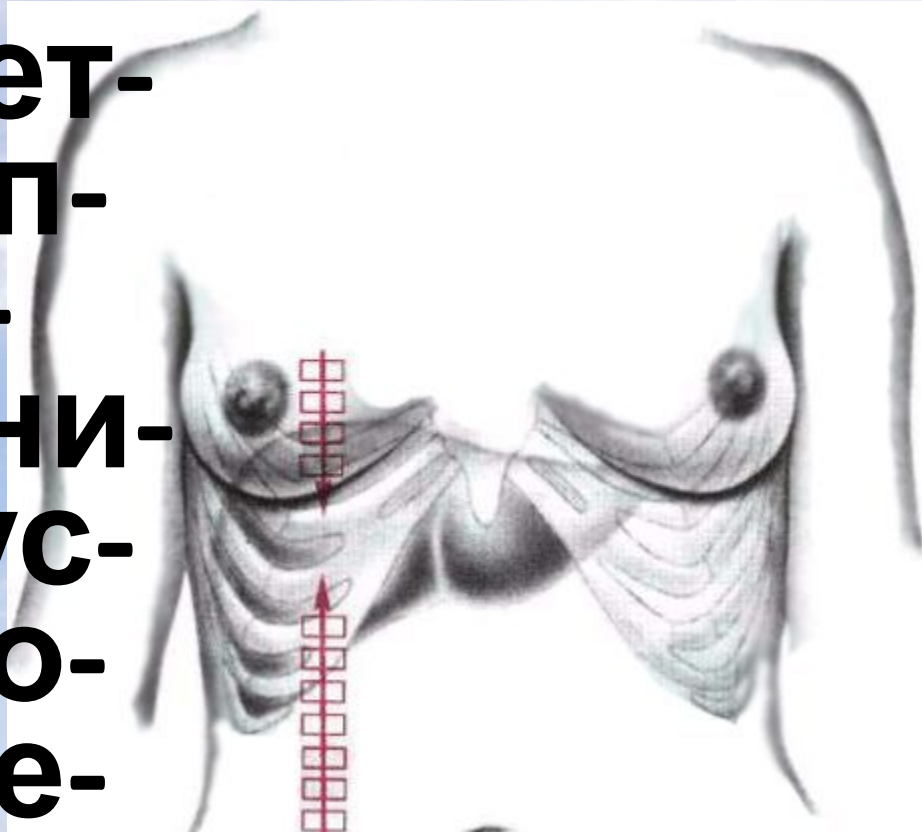
клиника

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



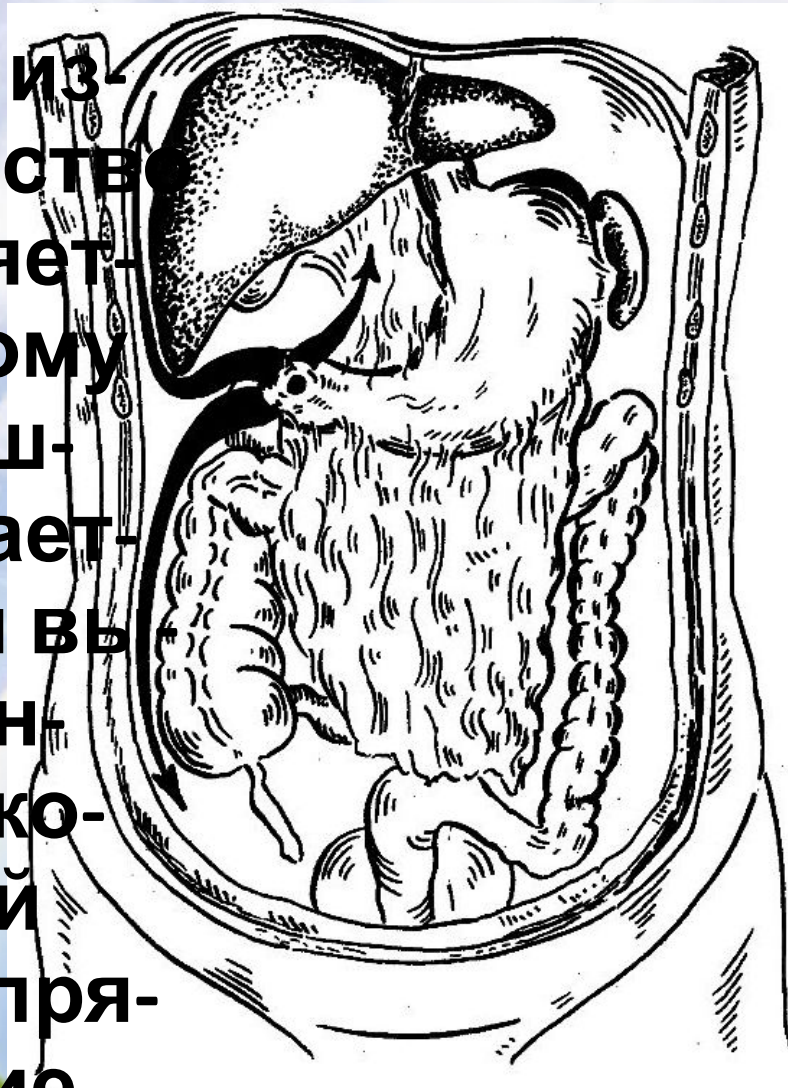
клиника

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).

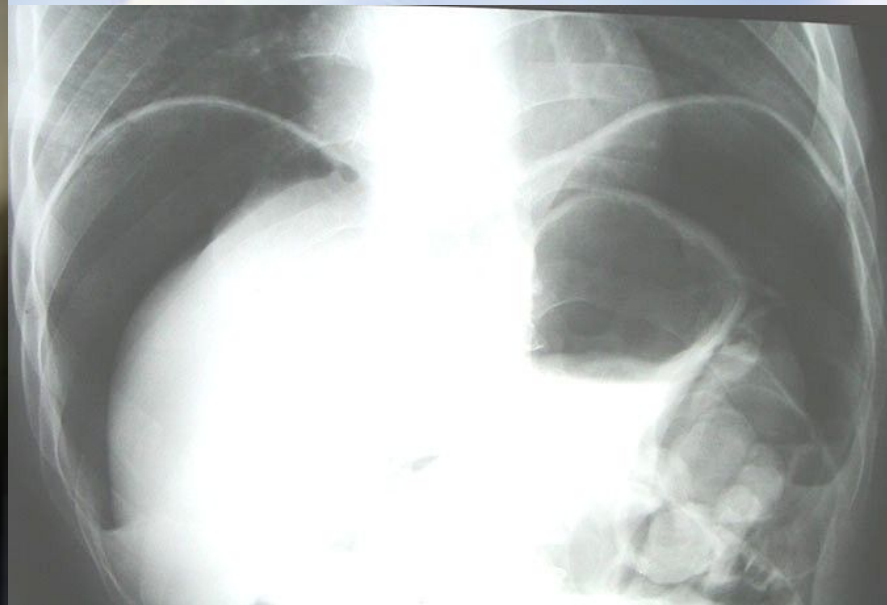


клиника

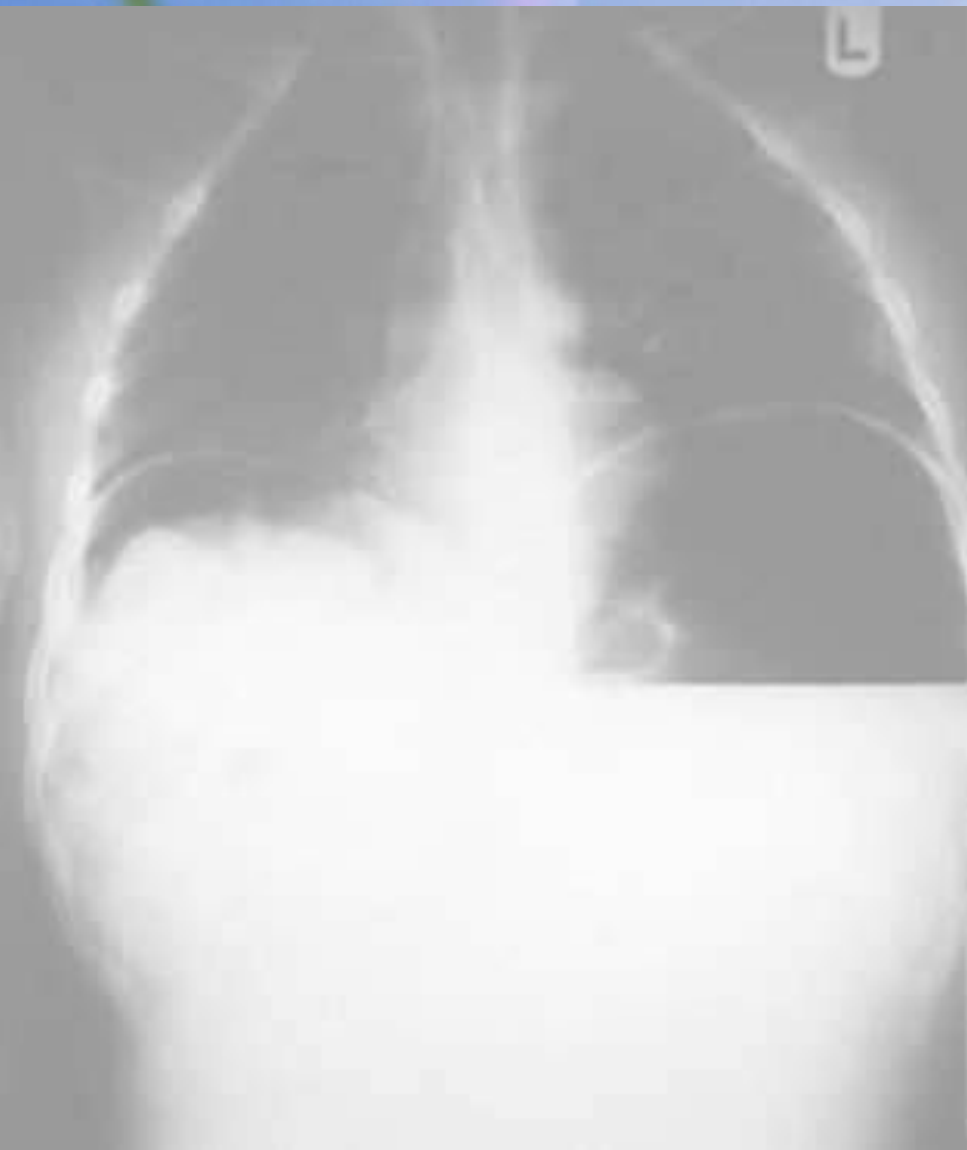
**Это явление нередко
служит причиной
ошибочной диаг-ностики
острого аппендици-та.
Известная
последователь-ность:
боль в эпигастрии, рвота,
перемещение боли в
правую подвздошную об-**

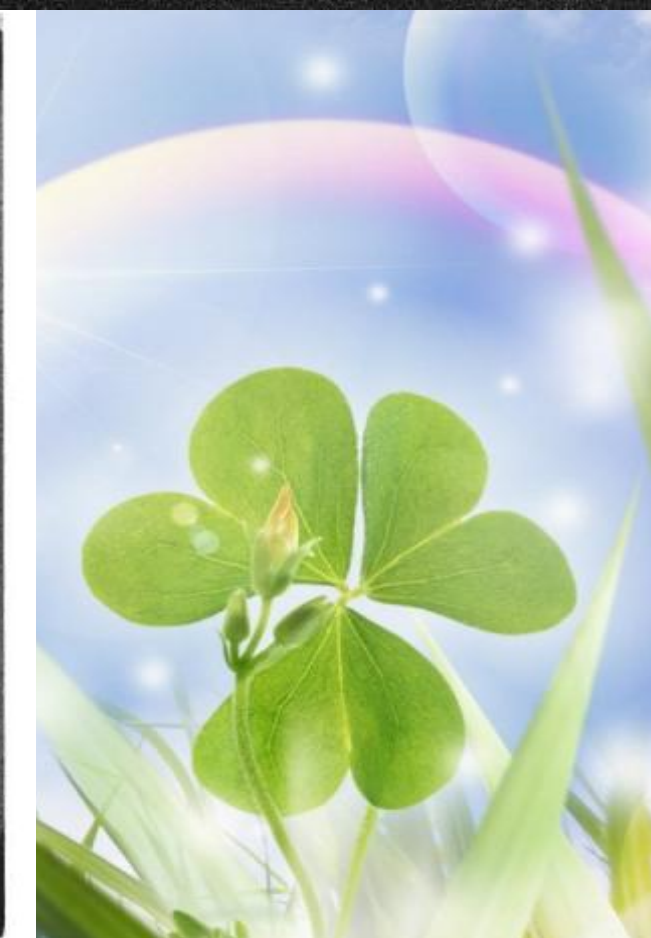
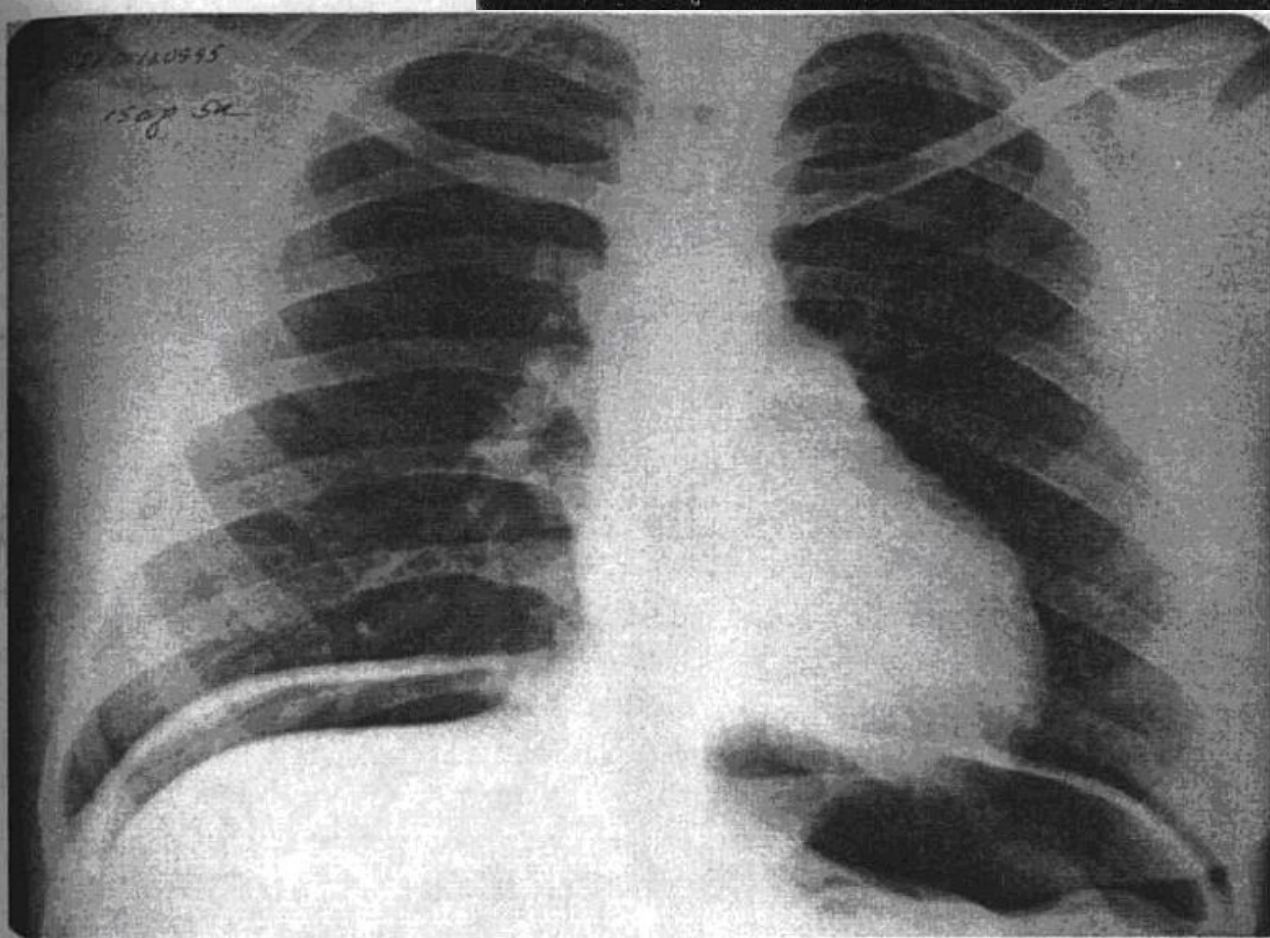
клиника

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**

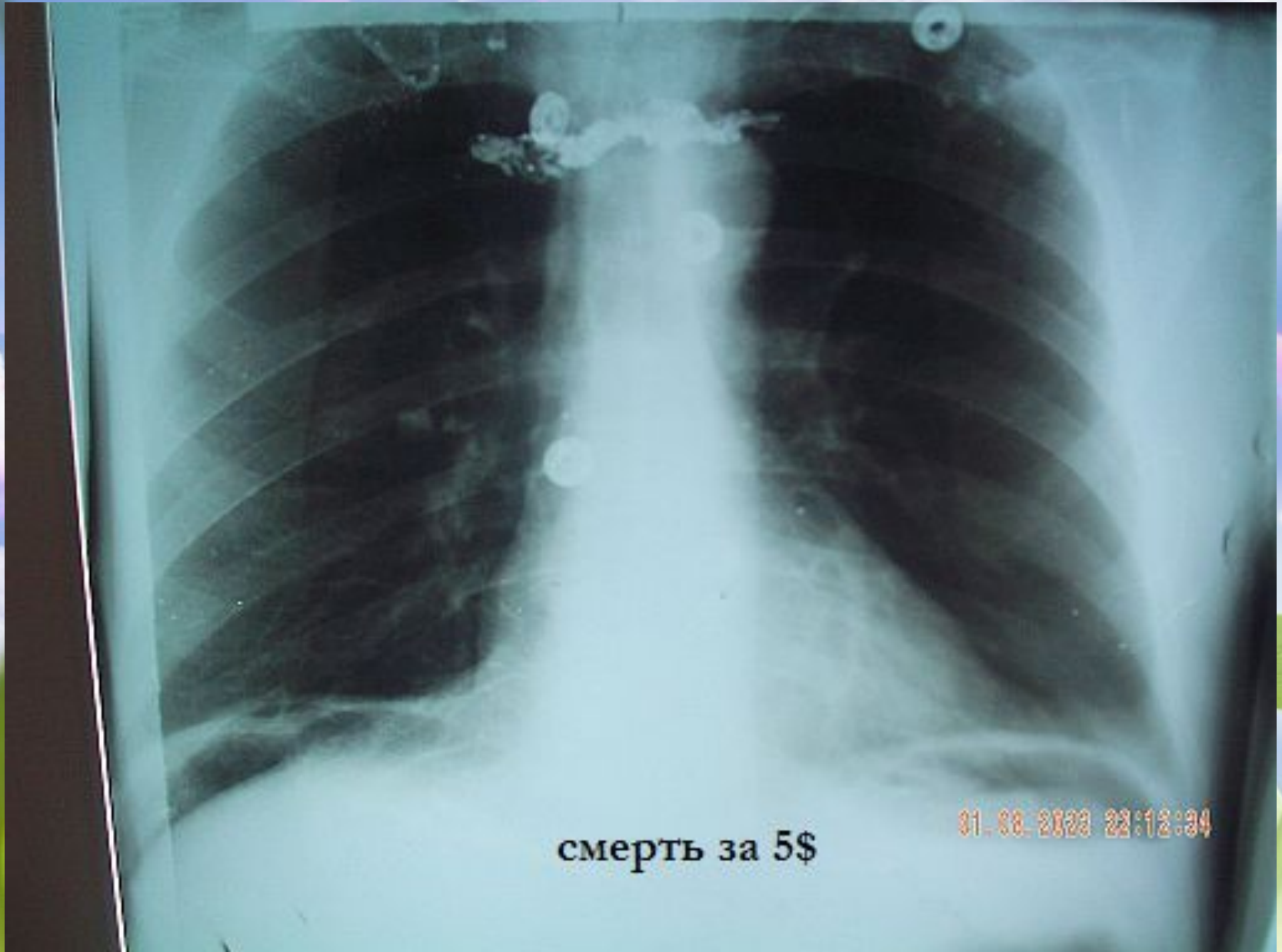
желудка

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

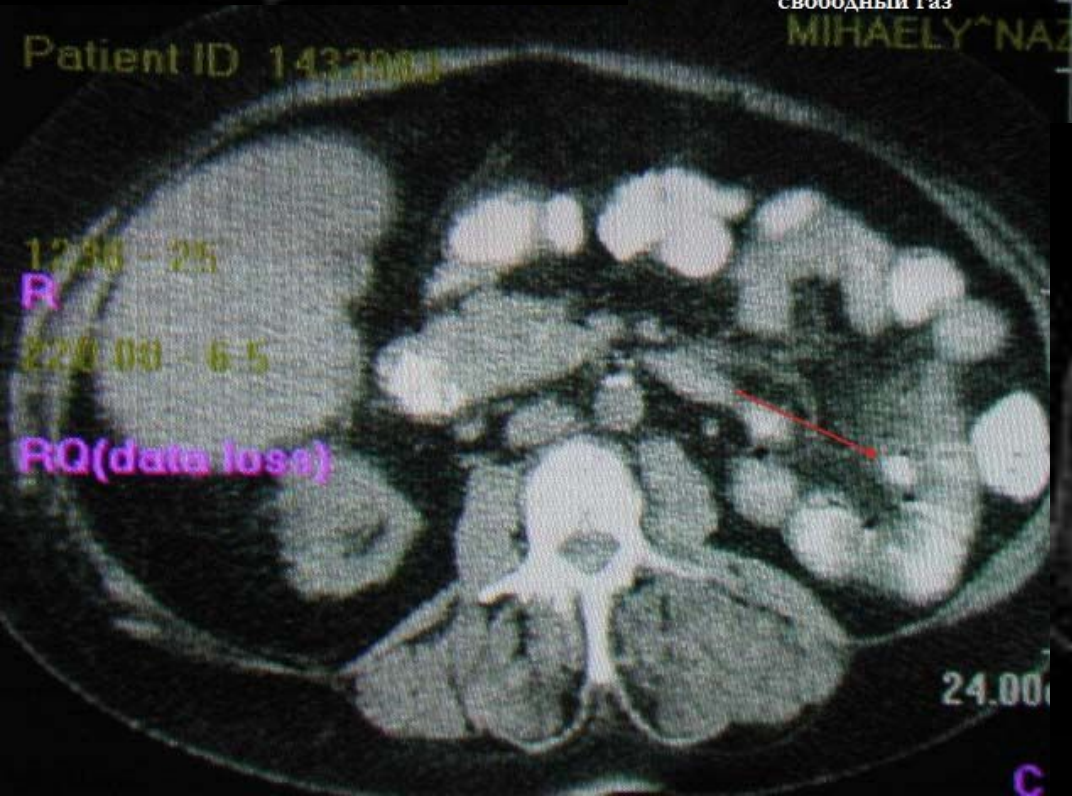
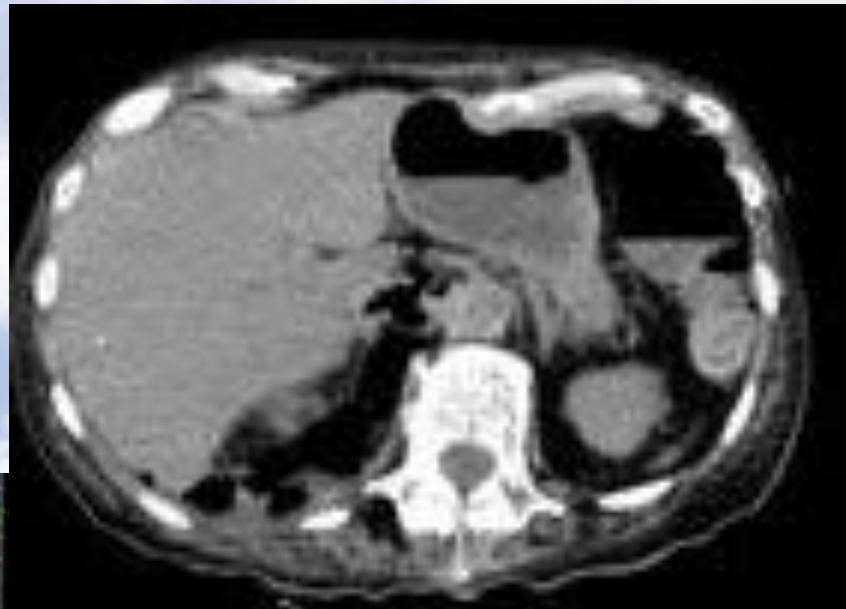
Смерть за 5 долларов



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 перфورا-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

Сочетание перфорации и

кровотечения

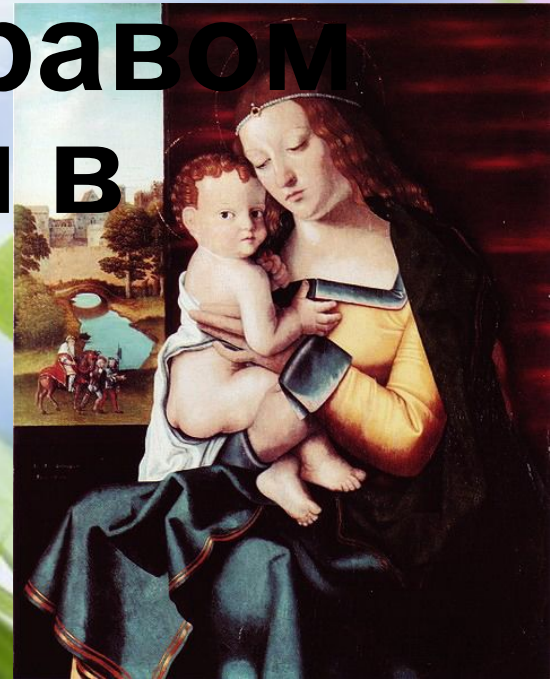
В редких случаях этого события наблюдается три варианта течения: 1) сначала наступает кровотечение, затем прободение (рвота с кровью или мелена – боль); 2) оба осложнения наступают одновременно (боль и рвота с кровью (мелена) в первый же момент; 3) сначала наступает прободение, затем -

**Сочетание перфорации и
кровотечения**

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

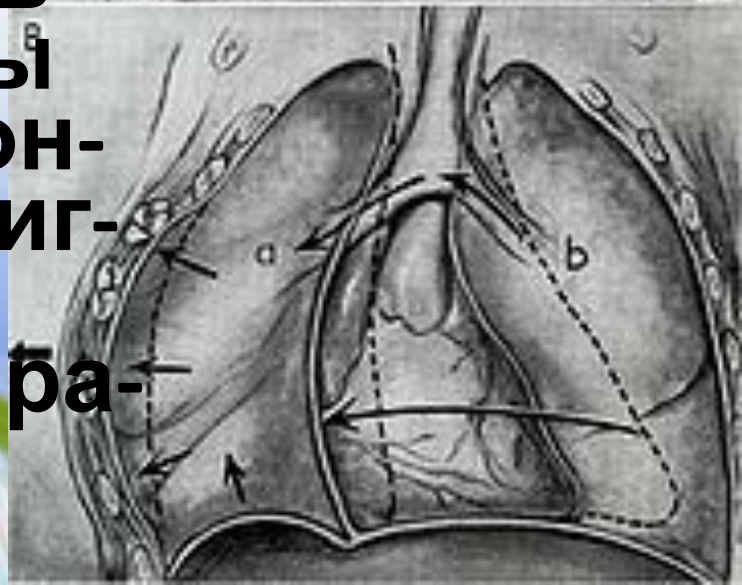
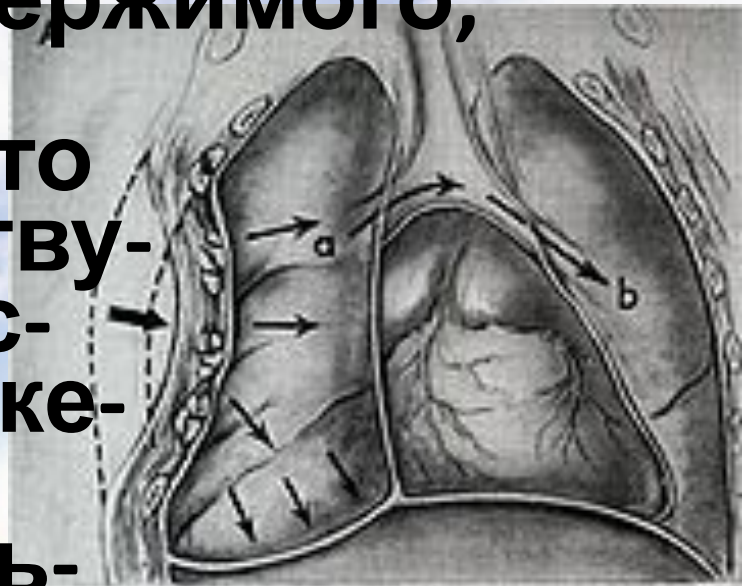
Клиника

**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 – сальником, печенью. Впоследствии больной может даже выздороветь. Состояние называется «прикрытой перфорацией». Но возможна двухмоментная перфорация - при отхождении прикрывшего отверстие органа клиника возобновляется. Если ставится диагноз прикрытой перфорации и состояние больного позволяет не оперировать больного, то до 2 суток активные мероприятия (рентгеновское

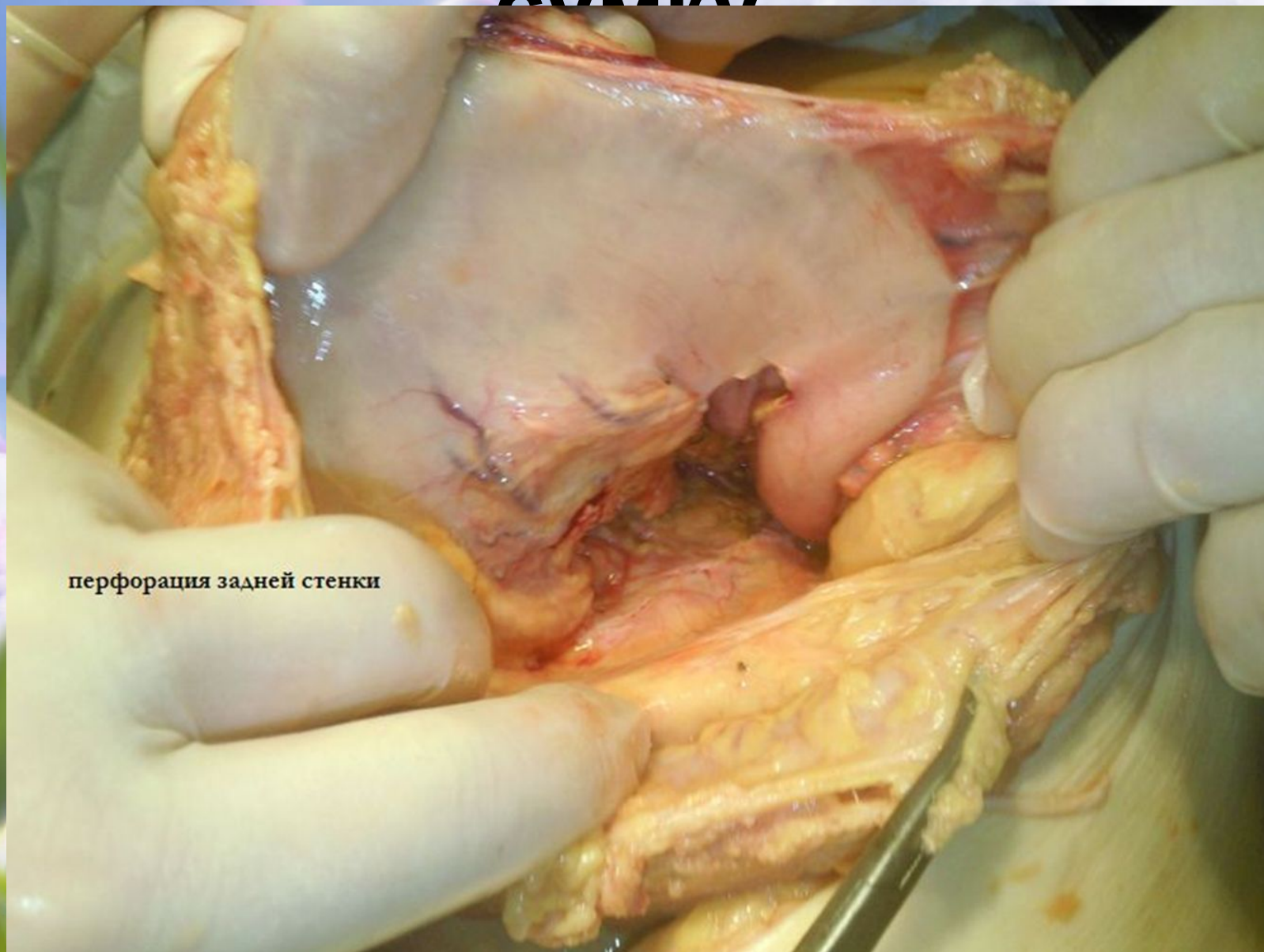
Перфорация в сальниковую сумку

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

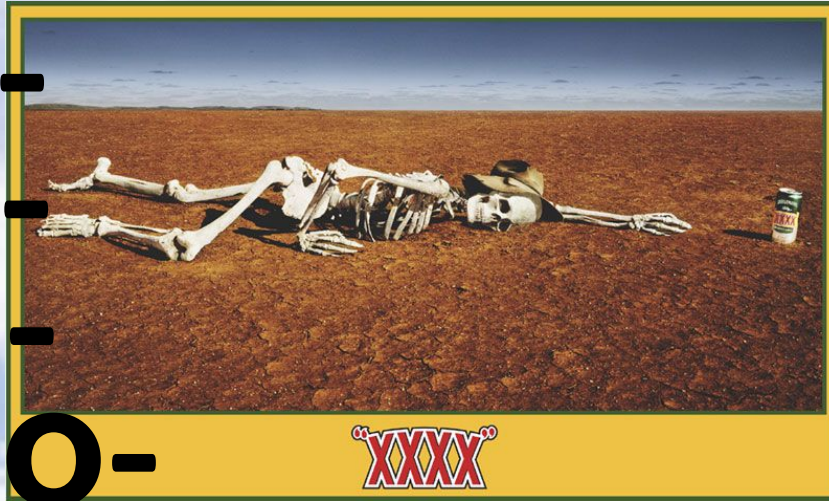
При прободении язвы в пространство между листками малого сальника или в забрюшинное пространство развивается флегмона забрюшинного пространства или переход воспалительного процесса на клетчатку средостения. Тогда появляется гектическая температура, эмфизема средостения, возможна подкожная эмфизема шеи.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

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

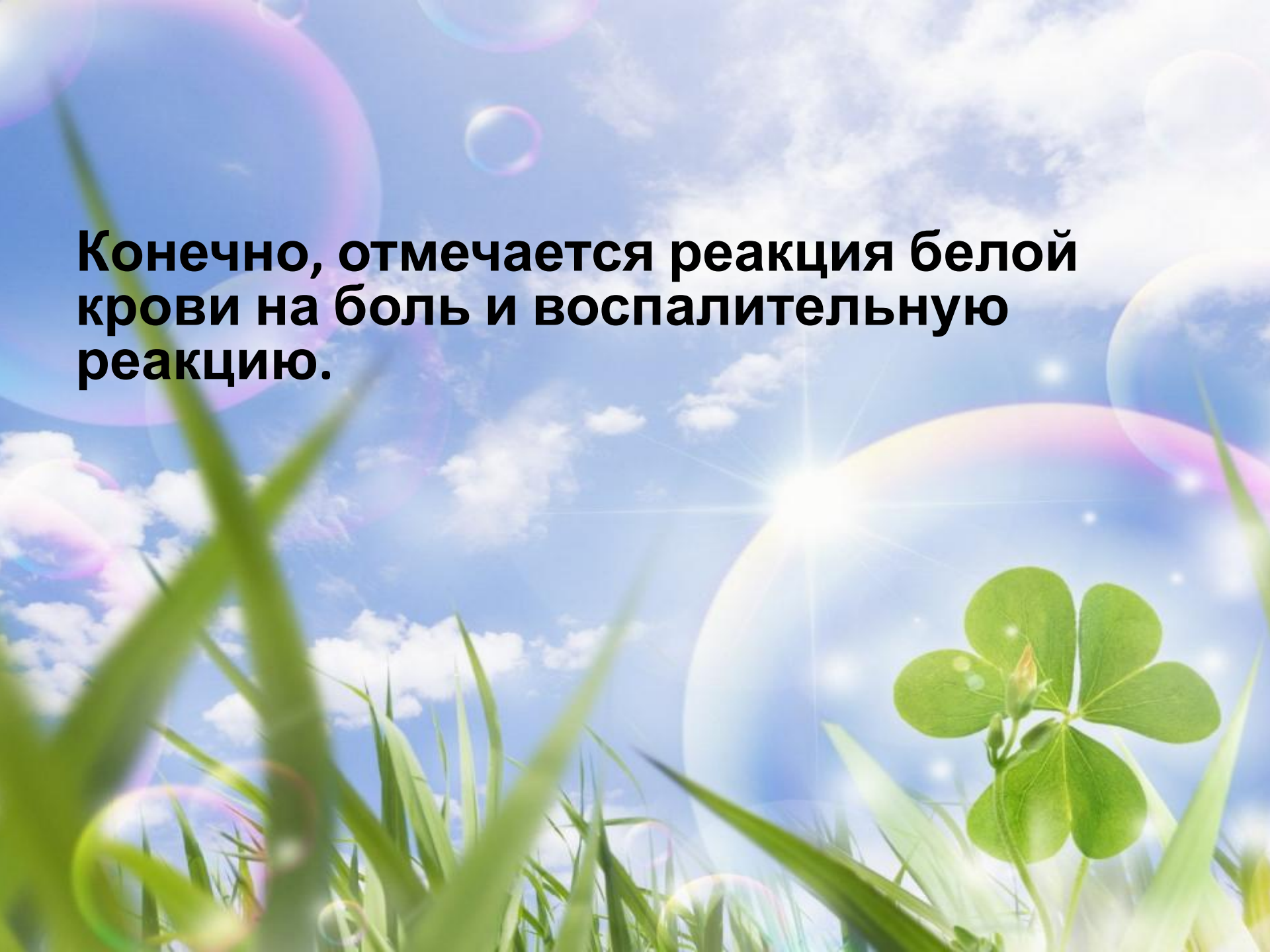
диагностика

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?

The background of the slide is a bright, sunny outdoor scene. A large, bright sun is positioned in the upper right quadrant, casting a lens flare across the sky. A vibrant rainbow arches across the middle of the frame. The foreground is filled with lush green grass, and a single four-leaf clover is prominently displayed in the lower right. The entire scene is overlaid with numerous colorful, iridescent bubbles of various sizes, creating a dreamlike and magical atmosphere.

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

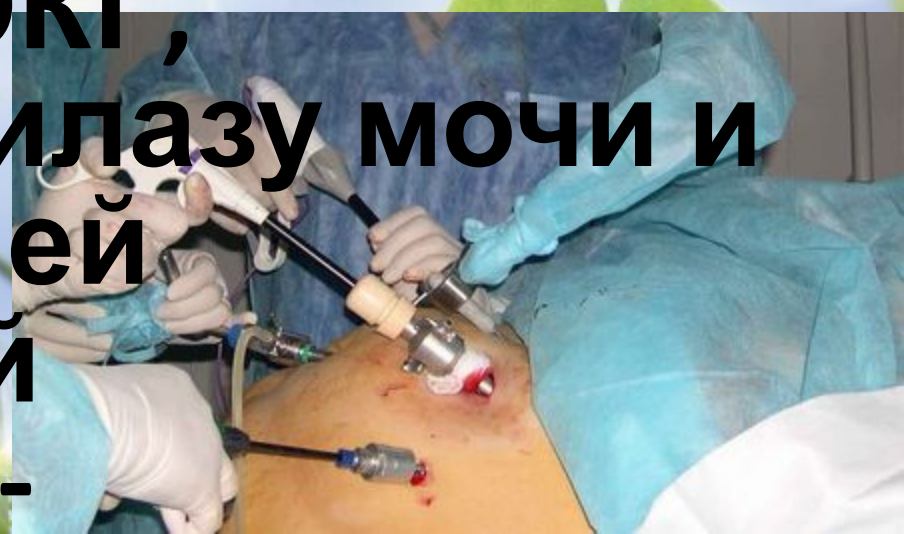
К первой группе относятся базальная пневмония, плеврит, острый инфаркт миокарда, почечная колика. Ко второй группе имеют отношение пенетрирующая язва, отек поджелудочной железы, печеночная колика и др. К третьей группе принадлежат острый аппендицит, острая кишечная непроходимость, острый холецистит,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

вопросы

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

Дифференциальный диагноз

Для уточнения диагноза следует тщательно выслушивать больных, произвести рентгеновское исследование, гастроскопию, возможно, урологическое исследование, ЭКГ, исследовать амиллазу 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 1990.¹² 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

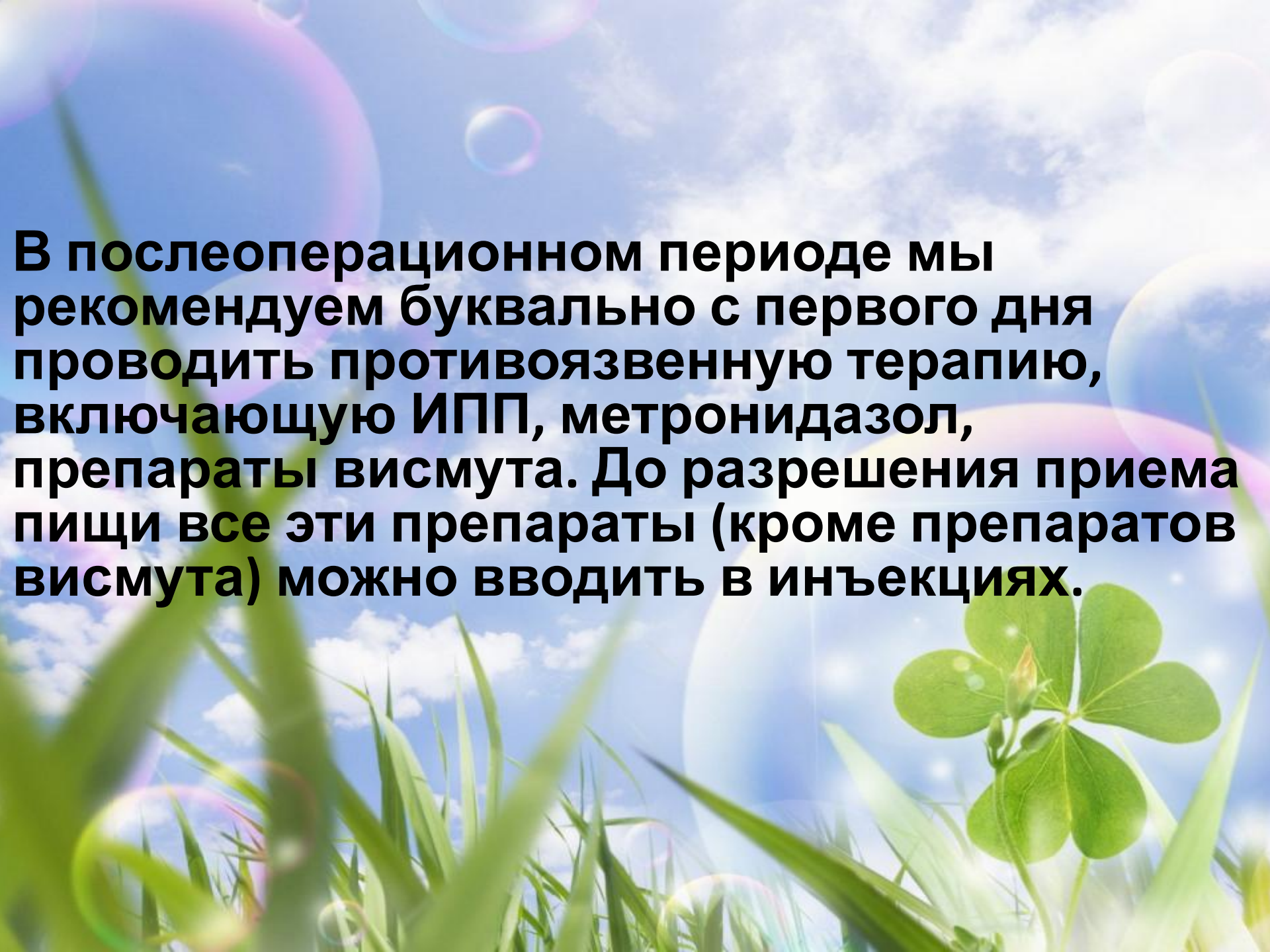
Reduced time to return to a normal diet

Shorter hospital stay

Earlier return to work¹³

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

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.¹⁵



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!

