

**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Тюменская государственная медицинская академии Минздрав РФ»
Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии**



**Прободная язва желудка и двенадцатиперстной
КИШКИ**

**Модуль 4. Язвенная болезнь желудка и ДПК, Желудочно-
кишечные кровотечения**

**Методические разработка для подготовки к экзамену по
факультетской хирургии и Итоговой государственной аттестации
студентов лечебного и педиатрического факультета**

Составил: ДМН, проф. Н. А. Бородин

Тюмень - 2013

Методические рекомендации по теме: «Перфоративная язва желудка и ДПК» содержит современные представления об этиологии и патогенезе перфоративной язвы желудка и ДПК, ее клинической картине. Подробно изложены основные тактические принципы лечения и способы выполнения оперативных вмешательств.

Кафедра: Факультетской хирургии с курсом урологии
Зав. кафедрой проф., д.м.н. Б.К.Гиберт.

Методические рекомендации составил: д.м.н. Н.А.Бородин.

Утверждены на заседании ЦКМС ТГМА «___»_____ 2013г.

Тема: Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Студент должен знать: Этиологию и патогенез острой и хронической язвы желудка и ДПК, а также такого осложнения этого заболевания как перфорация. Клиническая картина, методы инструментальной и лабораторной диагностики перфоративной язвы, лечебная тактика и методы оперативного лечения её должны быть изучены подробно в зависимости от стадии заболевания.

Студент должен уметь:

1. Собрать анамнез и провести физикальное обследование больного язвенной болезнью желудка или ДПК. Распознать такие осложнения язвенной болезни, как её перфорация.

2. Назначить необходимые инструментальные и биохимические обследования. Дать правильную интерпретацию полученных данных.

3. Правильно сформулировать диагноз у больного с прободной язвой в зависимости от стадии заболевания. Оформить историю болезни.

4. Определить показание к операции у больного с перфоративной язвой. Определить объем и способ выполнения оперативного вмешательства в зависимости от язвенного анамнеза, локализации язвы, распространенности перитонита и состояния больного.

6. Назначить предоперационную подготовку больным с перфоративной язвой. Назначит лечение в послеоперационном периоде.

Контрольные вопросы для подготовки к экзамену.

1. Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК. Язвенный стеноз, колезная, пенетрирующая язва, малигнизация, клиническая картина, методы инструментальной диагностики. Выбор метода лечения.

2. Прободная язва желудка и ДПК. Стадии развития. Клиническая картина, диагностика. Лечение.

3. Прободная язва желудка и ДПК. Клиническая картина. Методы оперативного лечения, выбор объема и способа операции.

4. Прободная язва желудка и ДПК. Атипичные перфорации. Клиника прикрытой прободной язвы. Дифференциальная диагностика прободной язвы с острым аппендицитом, панкреатитом, печеночной коликой.

Язвенная болезнь желудка и ДПК является одним из самых распространенных заболеваний в гастроэнтерологии. В США ежегодно выявляют около 300.000 новых случаев язвенной болезни и около 400.000 человек госпитализируется, основная причина госпитализации это различные осложнения язвенной болезни, преимущественно прободная язва и язвенные кровотечения.

Несмотря на то, что за последние 20 лет были разработаны и получили распространение эффективные методы консервативного лечения язвенной болезни, **число больных с прободной язвой и язвенными кровотечениями не уменьшается, а только растет. И сегодня в 20-х годах 21 столетия осложнения язвенной болезни являются самыми частыми причинами смерти больных с различной хирургической патологией (кишечной непроходимостью, аппендицитом, холециститом и пр.) в общехирургических стационарах.**

Определение и то что нужно знать о перфоративной язве.

Перфоративная (прободная) язвы - это внезапно образовавшееся сквозное отверстие в стенке ДПК или желудка. Перфорация образуется в области хронической или острой язвы этих органов. Её возникновение приводит к попаданию в брюшную полость дуоденального и желудочного содержимого, что в свою очередь очень быстро приводит к развитию разлитого перитонита.

В редких случаях (5 - 10%) перфорация сочетается с язвенным кровотечением, тогда в брюшную полость помимо содержимого ЖКТ попадает и кровь.

Подавляющее количество перфораций приходится на язву пилорического отдела желудка и луковицу ДПК (80%), язвы тела желудка, преимущественно антральный отдел и малая кривизна, встречаются гораздо реже – не более 20%.

Понятие язвенной болезни не распространяется на тонкую и толстую кишку, возникновение язв в этих органах может быть связано с инфекционными заболеваниями (брюшной тиф) или системными заболеваниями (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона). Перфорация таких язв встречается редко и не относится к данному разделу факультетской хирургии.

Кроме перфорации язвы ДПК и желудка в свободную брюшную полость, выделяют **атипичные перфорации**, к ним относят прободение язвы в сальниковую сумку и забрюшинную клетчатку (язвы на задней стенке ДПК и желудка), такие перфорации встречаются редко, но представляют значительную сложность в диагностике и лечении. Кроме того к атипично протекающим перфорациям относят прикрытую перфорацию, когда язва сразу после прободения закрывается сальником или забивается частичками пищи.

Перфоративная язва является одним из опаснейших заболеваний в хирургии. Благодаря выраженному болевому синдрому подавляющее большинство больных обращается в самые первые часы заболевания, а наличие яркой клинической картины позволяет быстро поставить правильный диагноз у основной массы больных. В результате этого большинство операций выполняется в первые 12 часов с момента перфорации. Если операция сделана в первые 24 часа с момента

перфорации летальность составляет 3,5-4,5%, но если операция выполняется через сутки летальность вырастает до 40%, через 2 суток - умирает 80% больных.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И КЛАССИФИКАЦИЯ.

Принято выделять три стадии развития заболевания, которым соответствуют определенным патофизиологические сдвиги в организме и соответствующая клиническая картина.

1. **Стадия внезапных болей** или **стадия болевого шока** возникает в первые 5 – 6 часов. Агрессивное содержимое желудка или ДПК, изливаясь в брюшную полость, вызывает химический ожог, сильную воспалительную и болевую реакцию со стороны организма. Клинические проявления на этой стадии помимо местных проявлений включают в себя развернутую картину болевого шока: падение АД, редкий нитевидный пульс, бледность кожных покровов, холодный липкий пот, заторможенность больного.

2. **Стадия мнимого благополучия**, 6 – 12 часов с момента перфорации. Постепенно признаки шока стираются, несколько ослабевают болевые ощущения и местные проявления перитонита. Но состояние больного остается тяжелым, активизируется инфекция брюшной полости, появляется и быстро нарастает интоксикация, заболевание быстро переходит в стадию перитонита.

3. **Стадия перитонита**. Наступает через 12 часов с момента перфорации. Эта стадия соответствует токсической фазе перитонита, в подавляющем большинстве случаев это разлитой перитонит. Состояние больного быстро ухудшается за счет нарастающей интоксикации. Клинически это проявляется прогрессирующей полиорганной недостаточностью, т.е. мы видим картину постепенного поражения деятельности органов и систем организма: парез кишечника, олигурия, энцефалопатия, признаки дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности и пр. При отсутствии необходимого лечения перитонит переходит в терминальную фазу, а полиорганная недостаточность приобретает необратимый характер, что и приводит к гибели больного.

Основная жалоба больных с перфоративной язвой это **внезапное возникновение резкой боли** в эпигастральной области и быстрое ее распространение на правую половину живота (язва ДПК), а затем на всю брюшную полость. У 90% боль возникает на фоне полного благополучия, часто днем после еды. Боль настолько сильная и внезапная, что больные сравнивают ее с «ударом ножа в живот», «резким ожогом кишок кипятком». Практически никто из больных не может перенести момент возникновения болей стоя на ногах и занимает горизонтальное положение. Именно внезапное возникновение сильной боли в верхней половине живота заставляют врача подумать о наличии перфорации

полого органа в брюшной полости. Другие жалобы это: сухость во рту и жажда; задержка стула и газов. Рвота **не характерна** для прободной язвы.

При сборе анамнеза больные могут сообщить, что в течение длительного времени страдали язвенной болезнью. Некоторые больные просто отмечают периодически возникавшие у них «голодные» боли, отрыжку, изжогу. Но у части пациентов момент перфорации возникает без всякого язвенного анамнеза, а на операции может быть обнаружена «старая» язва с плотными «колезными» стенками. Такие язвы называются «немыми». Особенно это характерно для молодых людей - «ювенильные язвы».

Объективные признаки: Больные обычно занимают вынужденное положение на спине или боку, со слегка согнутыми коленями, избегая малейших движений, так как они сопровождаются сильными болями.

Состояние тяжелое с первых часов заболевания. Вид больного соответствует картине болевого шока: лицо бледное, покрыто холодным потом, пульс в первые часы может быть замедлен (брадикардия) слабого наполнения, АД снижено, конечности холодные, дыхание ускоренное, грудное, с полной неподвижностью мышц живота.

Через некоторое время в связи с развитием интоксикации пульс учащается, нарастает тахикардия. Температура в начальном периоде обычно нормальная или даже пониженная, при прогрессирующем перитоните она повышается, но обычно не превышает субфебрильных цифр.

Самым характерным признаком перфорации полого органа является так называемый **«доскообразный живот»**, что предполагает резкое напряжение мышц передней брюшной стенки, это хорошо определяется при осмотре и пальпации живота. У худощавых людей становится хорошо виден рельеф мускулатуры. Пальпация живота резко болезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга выявляется практически всегда. У большинства больных болезненность возникает даже при незначительном сотрясении передней брюшной стенки: при поколачивании, перкуссии и покашливании больного.

Перкуссией удастся установить наличие жидкости и газа в брюшной полости. Газ в брюшной полости (пневмоперитонеум) определяется в виде исчезновения печеночной тупости и появления на месте печени (выше правой реберной дуги) тимпанического звука. Этот признак встречается приблизительно у 70% больных. При перкуссии можно также определить и признак И.К.Спижарного: появление зоны высокого тимпанита между мечевидным отростком и пупком, связанный со скоплением большого количества свободного газа. Жидкость в брюшной полости - затекание желудочного содержимого и наличие выпота, определяется в виде появления тупости в отлогих местах живота.

Аускультация для диагностики перфоративной язвы дает мало информации, но при наличии достаточного опыта у врача, можно выявить три признака: 1. Трение париетальной и висцеральной брюшины, напоминающее шум трение плевры, 2. Распространение сердечных тонов по брюшной стенке до уровня пупка, 3. Металлический звон или шум, появляющийся при каждом выдохе и связанный с газовыми пузырьками выходящими из желудка через перфоративное отверстие в окружающую желудок жидкость.

Пальцевое исследование прямой кишки - попадание в брюшную полость даже небольшого количества желудочного содержимого достаточно для возникновения болезненности при ректальном исследовании и выявляется уже на ранних стадиях.

Инструментальная диагностика. В первую очередь это **обзорная рентгенография органов брюшной полости**. Она выполняется без использования контрастов (бария), больного устанавливаю в вертикальное положение перед Р-аппаратом и в таком положении выполняют снимок. Классическим признаком перфорации является наличие «серпа» свободного газа в брюшной полости между правым куполом диафрагмы и печенью. Этот метод диагностики получил очень широкое распространение, но убедительные признаки наличия газа в брюшной полости можно увидеть только у 60-70% больных. Важно запомнить, что отсутствие пневмоперитонеума не исключает прободения язвы, но создает дополнительные диагностические трудности.

Экстренная фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) для диагностики прободной язвы в настоящее время используется вполне успешно. При непосредственном осмотре желудка и ДПК через эндоскоп перфоративное отверстие на слизистой может быть обнаружена у большинства больных. Особенно эта методика рекомендуется в распознавании диагностически трудных случаев, например при отсутствии «свободного газа» в брюшной полости на рентгенограммах или атипичной перфорации.

Лабораторные показатели: Изменение общего анализа крови и ее биохимических показателей в первые часы заболевания меняются мало и соответствуют общей воспалительной реакции. Прогрессирующие явления перитонита быстро приводят к значительному увеличению число лейкоцитов, палочкоядерному нейтрофилезу и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В показателях красной крови могут появиться явления «сгущения»: увеличения числа эритроцитов, гематокрита и гемоглобина. Реакция оседания эритроцитов начинает ускоряться через 3-4 часа после прободения. Биохимические показатели крови и показатели мочи в результате перфорации изменяются незначительно.

Атипичные перфоративные язвы. Диагностические трудности могут возникнуть при наличии у больного **прикрытой перфоративной язвы**.

Клинически начало заболевания может протекать классическим образом. Но если перфоративное отверстие забивается частичка пищи, а затем к этому месту быстро «подклеивается» сальником, дальнейшее развитие симптомов приобретает стертый характер. Если закрытие отверстия произошло достаточно надежно, то больной может поправиться и без оперативного вмешательства. Однако следует помнить и о возможности двухмоментной перфорации: вначале возникает перфорация с типичной клинической картиной, затем отверстие закрывается и клиническая картина идет на убыль, затем вновь возникает перфорация и возникает разлитой перитонит. Иногда отверстие закрывается вполне надежно, но попадание в брюшную полость некоторого количества дуоденального содержимого приводит к возникновению абсцесса брюшной полости. По этой причине прикрытая прободная язва в течение первых суток с начала заболевания так же является показанием к операции. В диагностике для уточнения диагноза используется обзорная Р-графия органов брюшной полости и ФГДС.

Другой вид атипичной перфоративной язвы – это прободение язвы задней стенки ДПК, при этом дуоденальное содержимое попадает не в открытую брюшную полость, а пропитывает забрюшинную клетчатку. Такой вариант протекает стерто и может напоминать клиническую картину острого панкреатита. Начало заболевания внезапное, боли иррадиируют в поясницу. Боли в животе носят неопределенный характер, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины могут отсутствовать. Нарастает клиника интоксикации: повышенная Т тела, тахикардия, лейкоцитоз и сдвиг Л-формулы влево и др. Клиника перитонита появляется постепенно, по мере того как гнойный выпот через брюшину пропотевает в брюшную полость. Для диагностики используется экстренная ФГДС. На операции отчетливо видно забрюшинную клетчатку, обильно пропитанную желто-зеленым дуоденальным содержимым. В поздние сроки в брюшной полости также появляется желчный и гнойный выпот.

При перфорации задней стенки желудка, его содержимое попадает в сальниковую сумку. Дальнейшая клиническая картина зависит от выраженности Винслового отверстия. При большом отверстии содержимое желудка быстро попадает в брюшную полость и возникает клиника типичного перитонита. Наоборот при невыраженном Винсловом отверстии формируется абсцесс сальниковой сумки и клиническая картина скорее напоминает клинику панкреонекроза.

Перфорации задней стенки желудка или ДПК представляют клиническую редкость и встречаются в практике хирурга нечасто.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ.

Перфоративная язва является абсолютным показанием к выполнению экстренной операции, которая должна быть сделана не позже, чем через 2 часа с момента поступления больного в приемное отделение. В случаях токсической или терминальной фазы перитонита, при появлении признаков полиорганной недостаточности (например анурии) больные нуждаются в предоперационной подготовке. Для этих целей они помещаются в реанимационное отделение, где им в течении 2-3 часов проводится В/В инфузия 1-1,5 л растворов, вводятся антибиотики. Появление достаточного количества у больного мочи позволяет начать операцию.

Выбор операции: В большинстве случаев объем операции ограничивается ушиванием перфоративного отверстия. Кроме того в зависимости от сроков заболевания и выраженности перитонита может быть выполнено дренирование брюшной полости. В особо тяжелых случаях, когда сроки заболевания превышают 24-36 часов, а у больного имеется разлитой фибринозно-гнойный перитонит, операция завершается наложением лапаростомы или выполняется цикл плановых релапаротомий в виде повторных (через каждые 1-2 дня) санацией брюшной полости (см. Методические разработки по теме «Перитонит»). Раньше для снижения кислотности желудочного сока и предупреждения рецидива язвенной болезни ушивание перфоративного отверстия дополняли стволовой или селективной ваготомией, но такое комбинированное лечение прободной язвы в настоящее время уже не используется, так как имеются эффективные средства медикаментозной терапии, устойчиво снижающие кислотность.

Несмотря на то, что в лечении прободной язвы основной операцией является ушивание, в некоторых исключительных случаях по экстренным показаниям должна быть выполнена резекция желудка вместе с перфоративным отверстием. При выборе этого радикального метода учитывают три принципа:

1. Операция резекции желудка при перфорации язвы показана тем больным, которым она **УЖЕ БЫЛА ПОКАЗАНА В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК ЕЩЕ ДО ПРОБОДЕНИЯ**. (см. раздел: лечение язвенной болезни в плановом порядке). При этом учитывается анамнез, сроки заболевания, наличие ранее перенесенных осложнений: язвенные кровотечения, ранее перенесенные перфорации язвы. Показанием к резекции может быть перфорация язвы на фоне язвенного пилородуоденального стеноза. На операционном столе оцениваются размеры перфоративного отверстия, оно может быть настолько большим, а края язвы настолько плотные, что такой дефект будет просто невозможно ушить, либо его ушивание приведет к стенозу, т.е. полностью закроет просвет ДПК. Ушивание перфоративного отверстия должно быть выполнено без риска прорезывания швов через воспаленные края язвы. Если это

сделать невозможно, то лучше сразу выполнить резекцию желудка по Бильрот - 2 с гастроэнтероанастомозом.

2. Операцию резекции желудка нельзя делать если у больного с момента перфорации прошло больше 6 часов и нарастают явления гнойного перитонита, в этом случае слишком велик несостоятельности швов анастомоза и других осложнений.

3. Операцию резекции желудка нельзя делать, если отсутствуют необходимые условия для выполнения этой сложной операции. В небольшой сельской больницы, где недостаточно квалифицированных кадров анестезиологов и хирургов, целесообразно ограничить операцию минимальным объемом, т.е. ушиванием перфоративного отверстия.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ. Имеется большое количество вариантов операции по ушиванию перфоративной язвы, так в известной монографии И. И. Неймарка (1972г.) приводится описание 32 способов. При этом не существует определенного способа обязательного применения для всех. Различные хирурги ушивают язву по-разному, тем способом, который им представляется наиболее надежным. При этом одни пользуются однорядным швом, другие двухрядным, практически все для укрепления линии швов используют сальник.

Автор в течение длительного времени использовал однорядный швов и считает его вполне надежным, при этом главным условиям надежности швов является его физическая прочность. Вот несколько универсальных правил ушивания прободной язвы.

Используется нерассасывающийся шовный материал, так как такой материал, как кетгут может быть растворен желудочным соком.

Швы должны захватывать здоровые ткани стенки желудка и ДПК, а не воспаленный край перфоративного отверстия, поэтому от края перфоративного отверстия отступают на 0,5-0,7 см.

Из 4-х слоев стенки желудка и кишки самым прочным является подслизистый слой, на него в различных отделах ЖКТ приходится 70-80% всей прочности желудочной или кишечной стенки. Поэтому при ушивании язвы нужно обязательно захватывать подслизистый слой, практически это означает, что прошивают три слоя – серозный, мышечный, подслизистый, не прошивается только слизистый слой.

Отверстие ушивают отдельными швами, при этом линия швов должна лежать поперек ДПК, т.е. перпендикулярно продольной оси желудка и ДПК, только при таком расположении швов не будет сужения их просвета. Если к примеру линию швов расположить вдоль ДПК, то при стягивании тканей возникнет стеноз и просвет кишки может оказаться полностью перекрыт.

Ниже приводятся несколько распространенных методов ушивания перфоративной язвы.

1. Операция по Д.М.Долгату. Перфоративная язва ушивается несколькими обычными капроновыми швами в один ряд. Линия швов располагается поперечно по отношению к осевой линии желудка и ДПК. Прошивается не менее 3 слоев желудочной стенки (серозный, мышечный, подслизистый). После того как язвенный дефект прошит, но швы не завязаны на линию швов укладывается прядь сальника и только после этого швы затягиваются вместе с сальника. Обычно достаточно 2 - 3 швов.

2. Операция по Артемьеву – Бабушкину. Она похожа на операцию Долгата. Отличие лишь в том, что используются не обычные узловые швы, а швы П – образные, которые так же накладываются в один ряд, под линию швов укладывается прядь сальника, после чего швы затягивают.

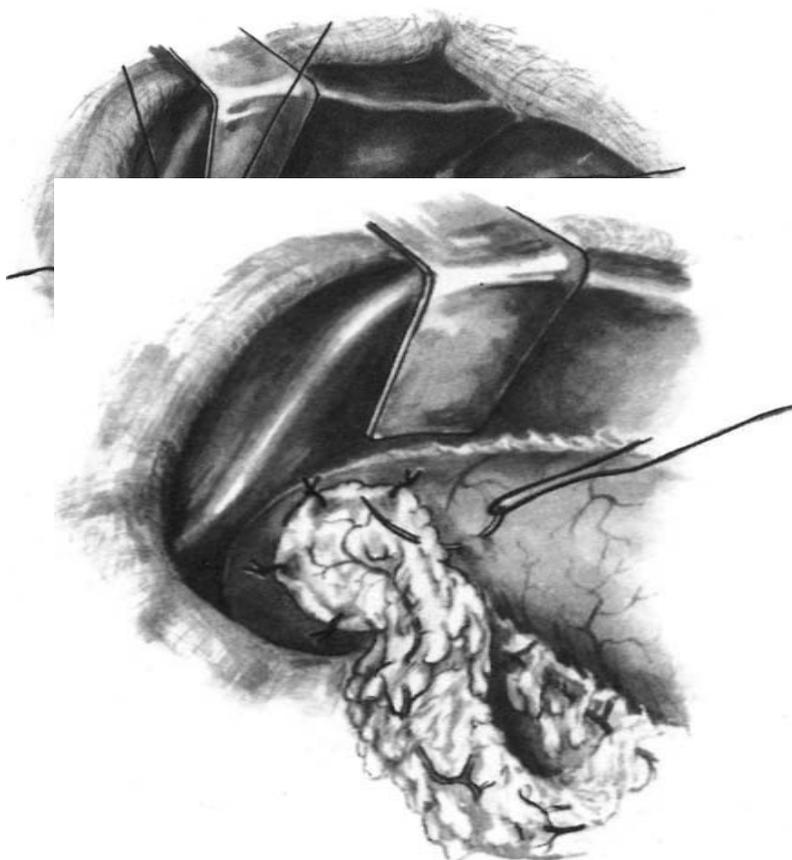


Рис. 1. Ушивание перфоративной язвы, один ряд узловых швов.

Рис. 2. Укрепление линии швов сальником

3. Операция по Опелю - Поликарпову. Данная методика может быть использована при любой перфоративной язве, но особенно она показана тогда, когда язвенный дефект очень большой и стянуть его края без значительной деформации и сужения просвета желудка или ДПК невозможно. Техника операции заключается в плотной тампонаде перфоративного отверстия сальником. Стенка кишки прокалывается насквозь рядом с перфоративным отверстием, игла с лигатурой выводится наружу через перфоративное отверстие, затем лигатурой прошивается за край крупная прядь сальника, после этого иглу с лигатурой вновь проводят через перфоративное отверстие в просвет кишки, еще раз прокалывают стенку кишки и второй конец лигатуры выводится наружу.

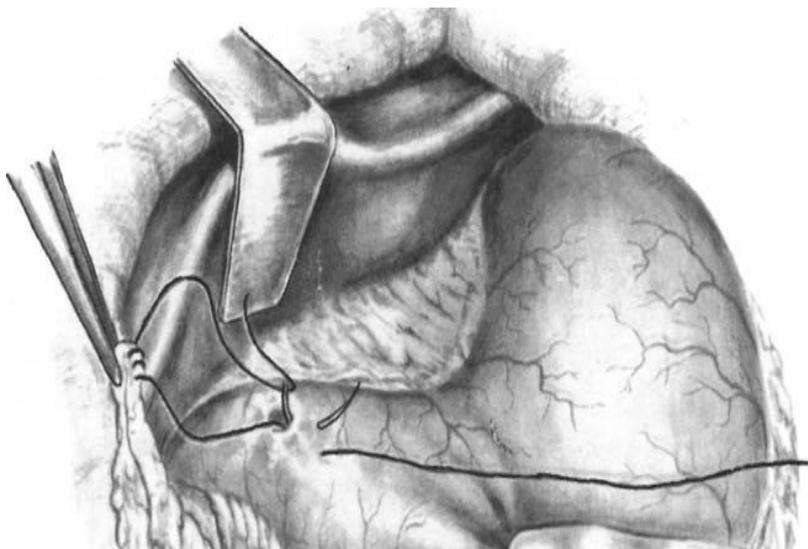


Рис.3. Ушивание перфоративной язвы по Опелю –Поликарпову. Этап 1. Лигатура проведена через стенку желудка, выведена наружу через прободную язву, прошита прядь сальника затем лигатура проведен опят в просвет желудка и выкол наружу через стенку желудка.

В итоге в руках у хирурга находится два конца лигатуры, а петля с подшитой к нему прядью сальника выглядывает из перфоративного отверстия. Когда хирург тянет за эти лигатуры сальник затягивается в перфоративное отверстие и плотно его закрывает даже если отверстие это крупное - 1-2 см в диаметре. Сальник фиксируется в этом положении отдельными швами.

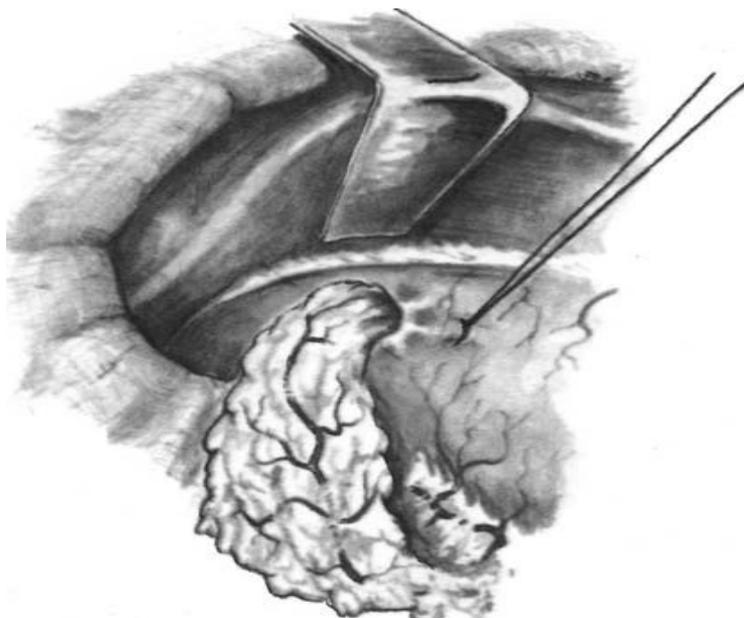


Рис. 4. Ушивание перфоративной язвы по Опелю-Поликарпову. Этап 2. Хирург «затягивает» с помощью лигатур сальник в просвет прободной язвы, в таком положении он играет роль «затычки» и obtурирует перфоративное отверстие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Хирургические болезни», учебник под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко, в 2-х томах. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2009, Т.1., 605 с.
2. «Хирургические болезни», учебник под ред. М. И. Кузина. – М. Медицина, 2000, 636 с.
3. Неймарк И.И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. – М. Медицина, 1979, 280с.
4. «Оперативная хирургия» под редакцией проф. И. Литмана. Будапешт, 1981, 1175 с.
5. «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» под редакцией акад. АМН СССР В.С.Савельева, М., Издательство «Триада-Х», 2004, 640с.
6. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии, - М. Медгиз, 1955, 264с.
7. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. – Киев, Здоров'я, 1987, 566 с.