Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра факультетской хирургии им. проф. Ю.М. Лубенского

Зав. Кафедрой д.м.н., доцент Здзитовецкий Д.Э.

 **РЕФЕРАТ**

 **Тема: Перфоративная язва**

 **Выполнил: Врач – ординатор**

 **Темуров исфандиёр Баротбоевич**

 **Красноярск, 2022**

ВВЕДЕНИЕ

Перфорация язвы желудка и 12-перстной кишки является одним из тяжелейших осложнений язвенной болезни. По сообщениям оте­чественных и иностранных авторов, прободные язвы составляют от 2 до 32% среди других осложнений язвенной болезни. Частота этого осложнения у больных язвенной болезнью колеблется, по данным различных авторов, от 2,6 до 53%.

В последние годы в связи с улучшением жизненного уровня на­селения и более успешным лечением неосложненных форм язвен­ной болезни число больных прободной язвой уменьшилось. Если еще два-три десятилетия назад среди причин разлитого перитонита про­бодная язва занимала второе место после деструктивного аппенди­цита, то в последние годы деструктивный холецистит отодвинул яз­венные перфорации на третью ступень.

Причины перфорации при язвенной болезни разнообразны. Глав­ными из них можно считать: прогрессирование деструктивного про­цесса в развитии язвы, нарушение пищевого режима и физическое напряжение, которое ведет к увеличению внутрижелудочного давле­ния.

Многие авторы отмечают наибольшее количество перфораций в послеобеденные часы («Perforation nach mittag», по определению немецких авторов). Так, по данным А.Н. Спиридонова (1957), после обеда произошло 41,7% всех прободений. Вместе с тем предположе­ние, что после обеда желудок переполнен пищей, стенки его растяну­ты и прободение является следствием этих механических условий, разделяют не все. В послеобеденные часы имеет место более силь­ное пептическое действие желудочного сока.

Известную роль в развитии перфораций может играть злоупот­ребление алкоголем. Имеет значение и токсико-аллергическое влияние некоторых медикаментов (аспирина, салицилатов, бутадиона), некоторых гормональных препаратов (преднизолона, кортизона, АКТГ). Поэтому назначение этих препаратов при хроническом тече­нии язвенной болезни должно быть ограничено.

Большое значение в возникновении этого осложнения язвенной болезни имеют нервно-психические факторы. Например, во время

сильных бомбардировок Лондона в период второй мировой войны количество язвенных перфораций значительно увеличивалось.

Почти все хирурги, изучавшие прободную язву желудка и 12-перстной кишки, отмечают зависимость частоты прободения от време­ни года. Перфорации возникают большей частью весной, осенью и зимой. Так, по данным И.И. Неймарка, на весенний и зимний перио­ды приходится наибольшее количество больных - 59%.

Перфорация язвы встречается в любом возрасте, но максималь­ная частота отмечена между 20 и 50 годами.

Перфорация желудка и двенадцатиперстной кишки чаще возни­кает у мужчин. По данным Г. Мондора, из 399 случаев перфораций 366 было у мужчин, а 33 -у женщин. Данные современных статистик аналогичны. Так, из 208 больных прободными язвами, лечившихся в клинике госпитальной хирургии Смоленского медицинского института с 1946 по 1962 г., мужчин было 190 (91,4%), женщин-18(8,6%). Таким образом, соотношения числа прободений у мужчин и женщин в среднем составляет 10:1, в то время как при неосложненных фор­мах язвенной болезни это соотношение выглядит как 5:1 или 4:1.

Данные о локализации язвенных перфораций противоречивы. По мнению С.С. Юдина, главным образом перфорация наступает дуоде­нальных язв. По сводной статистике И.И. Неймарка, из 10771 пробо­дения 56,2% падает на желудок и 43,8% - на двенадцатиперстную кишку. Подавляющее большинство перфораций локализуется на пе­редней стенке желудка и двенадцатиперстной кишки. Встречаются и прободения язв задней стенки; иногда последние сочетаются с про­бодением язв передней стенки (перфоративные «целующиеся язвы»). Наиболее часто перфоративные язвы располагаются в области луко­вицы двенадцатиперстной кишки, в пилорическом отделе и по ма­лой кривизне желудка, реже - в препилорическом, кардинальном от­делах и по большой кривизне желудка.

Прободение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в насто­ящее время принято делить натри основные группы:

* открытое прободение в свободную брюшную полость;
* прикрытое прободение;
* атипичные формы прободения.

В подавляющем большинстве случаев наблюдается открытое прободение в свободную брюшную полость, которое вызывает раз­витие диффузного перитонита.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ (Б.Д. Комаров, 1976)

По этиологии - язвенные и гормональные.

По локализации:

1. язвы желудка:
* малой кривизны
* передней стенки
* задней стенки
* большой кривизны
* антральные
* препилорические
* пилорические
* кардиальные
1. язвы 12-перстной кишки:
* передней стенки
* задней стенки

По течению:

* прободение в свободную брюшную полость;
* прободение прикрытое;
* прободение атипичное.

После перфорации язв условно выделяют три периода:

* шок;
* мнимое благополучие;
* перитонит.

ДИАГНОСТИКА

При поступлении больного с подозрением на перфорацию гастродуоденальной язвы необходимо:

1. Тщательно собрать жалобы и анамнез: 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.), язвенные 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.
2. Провести полное клиническое обследование больного с тща­тельным исследованием локального статуса: участие живота в акте дыхания (неподвижность диафрагмы), тип дыхания (грудной, брюш­ной, смешанный, поверхностный), форма живота (рельеф мышц пе­редней стенки, напряжение мышц, наличие деформации), гипересте­зия кожи живота, наличие симптомов раздражения брюшины, исчез­новение печеночной тупости (воздух в брюшной полости), притуп­ление в отлогих местах (жидкость), аускультивно - резонирование шу­мов грудной клетки до уровня пупка, шум трения плевры в области реберной дуги и эпигастрии, а также сухость языка, вздутие кишеч­ника, неотхождение газов и отсутствие стула, а в первые часы — несо­ответствие частоты пульса температуры тела и общему состоянию больного.
3. Экстренно выполнить обзорную рентгенографию органов брюшной полости стоя (поддиафрагмальньгх 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 cmi воздуха и сделать пневмограмму.
4. В сомнительных случаях показана экстренная эзофагофиброгастроскопия и лапароскопия.
5. Выполнить дополнительные лабораторные исследования, ЭКГ и консультации смежных специалистов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальную диагностику следует проводить с острым холециститом, острым панкреатитом острым гастритом, флегмоной желудка, острым аппендицитом, печеночной коликой, кишечной не­проходимостью, пневмонией, диафрагмальным плевритом, инфарк­том миокарда, расслаивающейся аневризмой брюшной аорты, тром­бозом сосудов брыжейки, внематочной беременностью.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки служит абсо­лютным показанием для экстренной операции. Необходимо выпол­нить экстренную лапаротомию, удалить из брюшной полости из­лившееся содержимое желудка и 12- перстной кишки, обнаружить место перфорации и определить объем операции. Если операцион­ная находка не соответствует дооперационному диагнозу, то провес­ти ревизию верхнего этажа брюшной полости, обратив внимание, не поступает ли экссудат из Винслова отверстия, вскрыть желудочно-ободочную связку, осмотреть заднюю стенку желудка и поджелудоч­ную железу.

Оптимальным вариантом лечения прободной язвы в условиях неотложной хирургии является ушивание перфоративной язвы с обязательным дренированием брюшной полости. Ушивание может быть произведено через лапаротомию или эндохирургическим пу­тем, в зависимости от обстоятельств.

Наряду с общепринятыми методиками исследования больных, перенесших ушивание прободной язвы, таких как рентгеновские, эн­доскопические и др. методы, при выборе тактики лечения больных, или способа оперативного пособия обязательно проводятся:

* компьютерная рН-метрия по модифицированной методике Лея;
* компьютерное исследование моторики желудка и 12-перстной кишки;
* исследование реакции симпатической и парасимпатической не­рвной системы с компьютерной обработкой полученных данных.

Эти исследования проводятся через 2 месяца после ушивания прободной язвы. Они позволяют выделить следующие группы боль­ных:

* которые могут успешно лечиться консервативно (таких больных, перенесших ушивание перфоративной язвы может быть от 20% до 65%);
* которым показана селективная проксимальная ваготомия с воз­можным сочетанием с дренирующими операциями, или антрумэктомией (таких больных, перенесших ушивание прободной язвы может быть 3% - 5%);
* которым показаны резекционные способы лечения, дифферен­цировано, по показаниям типа Бильрот - 1 или Бильрот - 2.

Тот или иной способ лечения в экстренном порядке может быть

выполнен, если ранее больной прошел исследование по предполага­емой схеме и у него был ранее (до перфорации язвы) определен спо­соб лечения, или оперативного пособия. Если этого не было сдела­но, во всех случаях, независимо от квалификации хирургов или нали­чия (отсутствия) перитонита необходимо ушить язву. Через 2-3 меся­ца больного дообследовать и дальше решать тактику его лечения.

При отсутствии названных методов исследования, объем и ме­тод хирургического пособия определяется следующими факторами:

* квалификацией хирургической бригады;
* сроками доставки больного от начала перфорации;
* локализацией и размерами язвенного дефекта;
* вариантом клинического течения язвенной болезни (длитель­ность страдания, наличие или отсутствие сочетанных осложне­ний язвенной болезни);
* возрастом больного;
* сопутствующими заболеваниями;
* оснащенностью современной лапароскопической аппаратурой.

Ушивание при этом следует выполнять при отсутствии показа­ний или условий для резекции желудка или ваготомии (у лиц молодо­го возраста, при отсутствии язвенного анамнеза и малигнизации язвы).

Ушивание язвы показана также 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).

Ушивание целесообразно выполнять двухрядным швом в попе­речном направлении к продольной оси желудка. Широкое распрост­ранение получили методы М.И. Островского, Д.П. Чухриенко, И.И. Неймарка.

По методу М.И. Островского швы накладывают через все слои стенки желудка к поперечно продольной оси органов. Поверх этажа швов накладывают серозные швы, к которым фиксируют саль­ник на ножке.

При ушивании перфоративной язвы желудка по методу 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 вколом и выколом на одной и другой стороне от язвы. Шов не должен проникать через слизистую оболочку в просвет желудка. Второй ряд швов не накладывается. По окружности язвы фиксируется сальник. Швы дол­жны быть из капроновых или лавсановых нитей. При наличии боль­шого инфильтрата вокруг язвы в связи с опасностью прорезывания швов применяют тампонаду перфорации по методу В.И. Оппеля -И.Н. Поликарпова (рис.2).

Радикальными операциями при перфоративных желудочных яз­вах являются резекции желудка, а при дуоденальных возможны раз­личные виды ваготомии с дренирующими операциями. Условия их выполнения следующие: ранние сроки доставки больных после пер­форации (первые 6 часов, когда нет разлитого фибринозно-гнойного перитонита) тяжесть состояния больного позволяет выполнить опе­рацию, наличие хирурга высокой квалификации, обеспеченность ин­струментами, аппаратурой и подготовленными ассистентами.

Рис. 2. Пластическое закрытие перфорационного отверстия сальником на ножке по В.А. Оппелю-И.Н. Поликарпову

Показанием к резекции желудка при перфоративной язве желуд­ка следует считать:

* длительный язвенный анамнез;
* наличие сочетания нескольких осложнений язвенной болезни;
* пилородуоденальный стеноз II - IV степени;
* недавно проведенный полноценный курс консервативной про­тивоязвенной терапии (6 месяцев);
* большие размеры язвы (более 2 см);
* полный или неполный отрыв желудка от 12-перстной кишки при перфорации язвы.

При выполнении операции резекции желудка по Бильрот - 2 при гигантских язвах задней стенки 12-перстной кишки (3 см и больше) для ушивания ее культи следует применять методы, Юдина, Ниссена, Магяшина, Русанова, Чернова-Таранова.

У больных с перфоративной язвой возможно выполнение органосохраняющих операций - селективной проксимальной ваготомии с иссечением язвы и пилоропластикой. При сочетании перфо­ративной язвы 12-перстной кишки с кровотечением, пенетрацией или стенозом операцией выбора следует считать резекцию 2/3 желудка или антрумэктомию с селективной проксимальной ваготомией.

При выполнении селективной проксимальной ваготомии целесообразно использовать интраоперационную рН-метрию для конт­роля полноты ваготомии.

Перед ушиванием раны брюшной стенки необходимо выполнить санацию брюшной полости, особенно подпеченочного и поддиафрагмальных пространств, и полость малого таза.

В настоящее время широко внедряется в клиническую практику лапароскопическое ушивание перфоративных язв. Показано лицам

молодой возрастной группы, когда отсутствует невыраженный язвен­ный анамнез и происходит перфорация так называемой «немой» язвы, при отсутствии других сочетанных осложнений язвенной болезни.

В заключение вопросов лечения прободной язвы желудка и 12-перстной кишки следует еще отметить, что оптимальным вариантом является ушивание прободной язвы, а затем через 2-3 месяца тща­тельное исследование по предлагаемой схеме. Далее больные делят­ся на две группы: 1) кто может успешно лечиться консервативно; 2) кому показан тот или иной метод оперативного лечения. Такая такти­ка позволяет значительно улучшить результаты лечения больных яз­венной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

После операции ушивания перфоративной язвы больные обыч­но находятся в палате интенсивной терапии хирургического отделе­ния. В реанимационное отделение госпитализируются наиболее тя­желые больные, оперированные на фоне перитонита, тяжелых сопут­ствующих заболеваний, больные, которым выполнена резекция же­лудка. Послеоперационная терапия должна включать:

* введение назогастрального зонда на 2-3 суток для декомпрессии желудка;
* наркотические анальгетики (промедол, омнопон);
* инфузионную терапию (в объеме 3 0-40 мл/кг массы тела в сутки): глюкозо-электролитные растворы, коллоидно-осмотические препараты (полиглюкин, желатиноль) и белковые средства (плазма, альбумин, протеин). По показаниям, средства, влияющие на мик­роциркуляцию (реополиглюкин) и дезинтоксикационные средства;
* Н2-блокаторы гистамина, предпочтительнее квамател, как имею­щий инъекционную форму;
* М-холинолитики периферического действия (атропин, платифиллин, папаверин, но-шпа и др.);
* дыхательные аналептики (сульфокамфокаин, камфора и др.);
* антигистаминные (димедрол, пипольфен, супрастин) и седативные средства;
* антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины 3-4 по­колений и др.);
* противоязвенная терапия;
* сердечные гликозиды по показаниям;
* витамины (С, В1,В6, В12 и др.);
* парентеральное питание в течение 3-5 дней (аминокислотные пре­параты, 1,3-2,0 г аминокислоты на 1 кг массы тела в сутки, угле­воды - 150,0-200,0 г в сутки, жировые эмульсии из расчета 1,0-1,5 г жира на 1 кг массы тела в сутки);
* анаболические стероиды (нерабол, феноболил, ретаболил);
* стимуляцию деятельности кишечника: церукал, прозерин, ацеклидин, питуитрин, реглан, церукал, бромоприд, убретид, внутри­венное введение гипертонического раствора хлористого натрия, электростимуляцию кишечника, ле­чебную физкультуру и др.;
* дыхательную гимнастику, кислородотерапию, симптоматическую терапию, квалифицированный уход;
* мочегонные средства (лазикс, эуфиллин и др.) по показаниям;
* транквилизаторы и другие препараты центрального действия (сульпирид, эглонил, тримипрамин).

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

1. Несостоятельность швов ушитой перфоративной язвы.

Несостоятельность швов связана, как правило, с их прорезыва­нием в результате слабости неполноценных тканей в зоне язвы или технических погрешностей. Наличие несостоятельности швов ведет к развитию перитонита и требует срочной релапаротомии. Результа­ты лечения во многом зависят от сроков диагностики этого ослож­нения. В этих случаях ценным диагностическим приемом является дача больному 1-2 глотков водорастворимого контраста дня выявле­ния несостоятельности швов, что позволяет на рентгенограмме вы­явить выход контрастного вещества за пределы полого органа. Дру­гими информативными методами исследования являются фиброгастродуоденоскопия и лапароскопия.

Повторное ушивание язвы требует экономного иссечения омерт­вевших тканей на месте дефекта стенки с целью ушивания полно­ценных тканей и перитонизацию их сальником на ножке. К этому ме­сту следует подвести через отдельный разрез силиконовый дренаж. Обязательным этапом в этих случаях является установка двухпросветного чрезназального зонда для декомпрессии и раннего энтерального зондового питания.

1. Желудочно-кишечное кровотечение.

Грозным осложнением в послеоперационном периоде является желудочно-кишечное кровотечение, которое возникает из ушитой язвы, или из второй язвы желудка и 12-перстной кишки. При крово­течении необходимо выполнить иссечение язвы с ушиванием, или резекцию желудка (при отсутствии разлитого перитонита). У ослаб­ленных больных пожилого и старческого возраста возможно ограни­читься прошиванием места кровотечения.

1. Нарушение эвакуации из желудка.

В послеоперационном периоде нарушение эвакуации из желудка проявляется срыгиванием и рвотой. Это осложнение может быть обусловлено функциональным состоянием желудочно-кишечного тракта или иметь механическую природу. С диагностической и ле­чебной целью в этих случаях показано введение назогастрального зонда и эвакуация содержимого из желудка. Одновременно больно­му осуществляют парентеральное питание, коррекцию электролитов и активную борьбу с послеоперационным парезом кишечника (ги­пертонический раствор хлорида натрия внутривенно, прозерин по 1 мл 2-3 раза в день подкожно, двухсторонняя новокаиновая паранефральная блокада и др.). Необходимо рентгенологическое обследование желудка с целью установления причины непроходимости.

Если после проведенной в течении 5-6 дней консервативной те­рапии, несмотря на отсутствие пареза кишечника, явления застоя в желудке не разрешаются или рентгенологически определяется непро­ходимость анастомоза - показана релапаротомия.

Механические причины эвакуации из желудка при ушивании язвы могут быть следующие:

* наличие стеноза не выявленного во время операции;
* сужение области привратника в результате ушивания (дефект техники);
* резко выраженный перигастрит и перидуоденит.

При наличии механической причины нарушения эвакуации со­держимого из желудка следует выполнить резекцию желудка. У боль­ных с крайне высокой степенью операционного риска показано на­ложение гастроеюноанастомоза.

1. Гнойные осложнения брюшной полости.

К этой группе осложнений относятся поддиафрагмальный, подпеченочный абсцессы, абсцесс Дугласова пространства и межкишеч­ные абсцессы. Эти осложнения чаще всего связаны недостаточно тщательным туалетом брюшной полости, а также вирулентностью микроорганизмов. Для своевременной диагностики гнойных ослож­нений брюшной полости следует своевременно обращать внимание на появление болей в животе, наличие упорного пареза желудочно-кишечного тракта, гипертермии, увеличение ЧСС, воспалительные сдвиги в лейкоцитарной формуле.

С целью инструментальной диагностики внутрибрюшинньгх осложнений показано применение эндоскопических, рентгенологичес­ких, ультразвуковых, радионуклидных, ангиографических исследова­ний, компьютерной и магнито-резонансной томографии.

При наличии клинических лабораторно-инструментальных дан­ных о развитии внутрибрюшных гнойных осложнений показано вскрытие и дренирование гнойников с использованием стандартных доступов (подпеченочный, поддиафрагмальный абсцесс, абсцесс Дуг­ласова пространства и др.).

**Список литературы:**

1. Клиническая хирургия: национальное руководство : в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т.П. – 832 с.
2. Методическая разработка к практическому занятию «Язвенная болезнь желудка и ДПК, осложнённая перфорацией»