

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования "Красноярский государственный  
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-  
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра и клиника хирургических  
болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

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

## РЕФЕРАТ

**Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК: перфорация.**

Выполнил: ординатор 2 года обучения  
Шамшиев А.Н.

Красноярск 2021

## **Классификация**

1. По этиологии различают перфорацию хронической и острой симптоматической язвы (гормональной, стрессовой и др.);
2. По локализации:
  - а) язвы желудка (малой или большой кривизны, передней или задней стенки в антральном, препилорическом, пилорическом, кардиальном отделе либо в теле желудка;
  - б) язвы двенадцатиперстной кишки (бульбарные, постбульбарные).
3. По клинической форме:
  - а) прободение в свободную брюшную полость (типичное, прикрытое);
  - б) атипичная перфорация (в сальниковую сумку, малый или большой сальник – между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость);
  - в) сочетание перфорации с кровотечением в желудочно-кишечный тракт.
4. По фазе перитонита (по клиническим периодам):
  - фаза химического перитонита (период первичного шока);
  - фаза развития бактериального перитонита и синдрома системной воспалительной реакции (период мнимого благополучия);
  - фаза разлитого гнойного перитонита (период тяжелого абдоминального сепсиса).

## **Патоморфология и патогенез**

Морфологических различий между прободными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки очень мало. Визуально определяется сквозной дефект в стенке органа. В большинстве случаев перфорация локализуется на передней стенке двенадцатиперстной кишки (в области луковицы) и выходного отдела желудка. Со стороны висцеральной брюшины отмечаются гиперемия, отечность тканей и наложения фибрина в окружности перфорации, при длительном язвенном анамнезе – выраженные явления хронического перигастрита, перидуоденита с деформацией и рубцовыми изменениями органов и окружающих тканей.

Со стороны слизистой виден округлый или овальный дефект в центре язвы. Края хронической язвы на ощупь плотные в отличие от острой, которая имеет вид «штампованного» отверстия без рубцовых изменений ее краев. Для микроскопической картины характерно разрушение слоев желудочной или кишечной стенок, обильное развитие рубцовой ткани, наличие дегенеративных и облитерирующих поражений артерий в окружности язвы с обильной лейкоцитарной инфильтрацией.

Перфорация язвы приводит к поступлению гастродуоденального содержимого в свободную брюшную полость, воздействующего на брюшинный покров как химический, физический, а затем и бактериальный раздражитель. Начальная реакция организма на прободение весьма схожа с патогенезом шока (что дало основание называть эту фазу стадией первичного шока). Это связано с ожогом брюшины кислым желудочным соком, излившимся в брюшную полость. В последующем развивается серозно-фибринозный, а затем гнойный перитонит. Скорость развития перитонита тем выше, чем ниже кислотность желудочного сока. Вот почему явления распространенного (разлитого) гнойного перитонита может не быть через 6 и даже 12 часов после перфорации дуоденальной язвы. В то же время в эти сроки они обычно выражены при прободении язв желудка (крайне быстро - в течение 2-3 часов возникает разлитой гнойный перитонит при деструкции и перфорации опухоли желудка).

У ряда больных (примерно в 10 % случаев) перфорация, особенно если она малого диаметра, прикрывается пленкой фибрина, прядью сальника, нижней поверхностью

печени или ободочной кишкой - так называемая прикрытая прободная язва. После этого поступление гастродуоденального содержимого в брюшную полость прекращается, боли стихают, патологический процесс локализуется и перитонит ограничивается подпеченочным пространством и/или правой подвздошной ямкой. В дальнейшем возможны следующие варианты течения заболевания. Во-первых, прикрытый дефект стенки может вновь открыться, что сопровождается повторным возникновением характерной клинической симптоматики и прогрессирующим развитием перитонита. Во-вторых, при хорошем отграничении от свободной брюшной полости излившегося инфицированного содержимого возможно образование подпеченочного или поддиафрагмального абсцесса, либо гнойника в правой подвздошной ямке. И, наконец, в-третьих, в крайне редких случаях при быстром прикрытии перфорации существует вариант окончательного закрытия дефекта за счет окружающих тканей, рубцевания язвы и постепенного выздоровления больного.

В отдельных наблюдениях прободение происходит в атипичном варианте: в полость сальниковой сумки, в малый или большой сальник, расслаивая брюшинные листки, в забрюшинное пространство, в полость, отграниченную спайками. В подобных ситуациях клиническая картина заболевания бывает нетипичной, и диагностика чрезвычайно затруднена. В результате прободения язв малой кривизны желудка в толщу малого сальника возникает воспалительный инфильтрат (иногда принимаемый за флегмону желудка), а затем и его абсцесс. Длительное существование подобного абсцесса ведет к формированию полости значительных размеров, и «разъеданию» желудочной стенки на большом протяжении. Он может сам перфорировать в брюшную полость, что вызывает стремительное развитие распространенного гнойного перитонита и инфекционно-токсического шока. Перфорация язвы, локализующейся на большой кривизне желудка, в пространство между листками большого сальника приводит к возникновению гнойного оментита. Перфорация язв задней стенки желудка приводит к попаданию желудочного содержимого сначала в сальниковую сумку, а затем через винслово отверстие в правый боковой канал живота и подвздошную ямку.

Из факторов, провоцирующих прободение язв, можно назвать: переполнение желудка едой, погрешности в диете и прием алкоголя, физическое напряжение, сопровождающееся повышением внутрижелудочного давления.

### **Клиническое течение и симптоматика**

В типичном течении прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки условно выделяют три периода, в общем соответствующие фазам развития перитонита, но имеющие некоторые свои особенности: 1) «абдоминального шока» (фаза химического перитонита), продолжающегося в среднем 6 часов; 2) «мнимого благополучия» (фаза развития серозно-фибринозного перитонита и возникновения системной воспалительной реакции) - обычно от 6 до 12 часов; 3) разлитого гнойного перитонита (тяжелого абдоминального сепсиса), возникающего обычно спустя 12 часов с момента перфорации.

Первый период характеризуется внезапным возникновением чрезвычайно резкой боли в эпигастриальной области, которые пациенты сравнивают с ударом ножа («кинжальная боль») или хлыста. По силе и скорости появления с ней не может сравниться никакая другая боль в животе. Г. Мондор образно писал: «Тоскливое состояние и поза взрослого мужественного человека красноречивее всех эпитетов говорят об испытываемых им страданиях». Боль сначала локализуется в верхних отделах живота, больше справа от средней линии при прободении дуоденальной язвы. Довольно быстро она распространяется по правой половине живота, включая правую подвздошную область, а затем захватывает все его отделы. Отмечается характерная иррадиация боли в правое плечо, надключичную область и правую лопатку, зависящая от раздражения излившимся содержимым окончаний диафрагмального нерва. Рвота в этот период не характерна (она

может наблюдаться при перфорации стенозирующих пилородуоденальных язв на фоне растянутого и переполненного желудка. В таких случаях рвота может предшествовать прободению). Как правило, она возникает гораздо позже – при развитии разлитого перитонита.

При осмотре обращает на себя внимание внешний вид больного: он лежит неподвижно на спине или на правом боку, с приведенными к животу нижними конечностями, охватив руками живот, избегает перемены положения тела.

Лицо осунувшееся, бледное, с испуганным выражением и запавшими глазами. Может быть холодный пот. Дыхание частое и поверхностное. Характерна начальная брадикардия: частота пульса нередко падает до 50–60 ударов в минуту (так называемый вагусный пульс) вследствие ожога брюшины и нервных окончаний кислотой. Артериальное давление может быть снижено.

Язык в первые часы после прободения остается чистым и влажным. Живот в дыхании не участвует. Обращает на себя внимание напряжение мышц брюшного пресса, которое в литературе обоснованно характеризуется как доскообразное. Напряжение мышц имеет тонический характер, причем у худощавых молодых людей обе прямые мышцы живота рельефно вырисовываются в виде продольных валов, разделенных сухожильными перемычками в поперечном направлении (ладьевидный живот).

Следует иметь в виду, что иногда напряжение мышц передней брюшной стенки не имеет столь выраженного характера. Это возможно у больных старческого возраста, при ожирении и у истощенных лиц из-за дряблости тканей.

Вначале напряжение мышц локализуется, как и боли, в верхних отделах живота. Постепенно оно достигает правой подвздошной области, следуя за распространением излившегося в брюшную полость гастродуоденального содержимого. Но даже если мышечное напряжение охватывает всю переднюю брюшную стенку, оно почти всегда бывает максимальным в месте первоначального появления болей, т. е. в эпигастральной области или в правом подреберье. Одновременно с напряжением мышц в указанных областях постоянно определяются и другие симптомы раздражения брюшины.

Характерным симптомом прободения язвы служит появление свободного газа в брюшной полости, которое проявляется симптомом исчезновения печеночной тупости. В положении больного на спине на месте обычно определяемого тупого перкуторного звука (на два поперечных пальца выше края реберной дуги по сосковой и окологрудинной линиям справа) находят отчетливый тимпанит. Более четко этот симптом можно выявить при перкуссии по правой средней подмышечной линии в положении больного лежа на левом боку (следует помнить, что укорочение или исчезновение печеночной тупости может быть следствием интерпозиции ободочной кишки). Вместе с тем в ряде случаев из-за небольшого количества газа, поступившего в брюшную полость, этот характерный симптом может не выявляться в первые часы заболевания. В случае массивного спаечного процесса он может вообще не появиться. В этот период перистальтика желудка, кишечника обычно не выслушивается.

Уже в первые часы заболевания в большинстве случаев удаётся обнаружить резкую болезненность тазовой брюшины при пальцевом ректальном и вагинальном исследовании.

Второй период. Лицо больного приобретает нормальную окраску. Пульс, артериальное давление и температура выравниваются. Дыхание более свободно, оно перестает быть поверхностным. Язык становится сухим и обложенным. Передняя брюшная стенка менее ригидна, между тем при пальпации сохраняется болезненность в эпигастрии и правой половине живота. В случае прикрытой прободной язвы боли в верхних отделах живота постепенно стихают. В связи с затеканием желудочного или дуоденального содержимого по правому боковому каналу и скоплением перитонеального экссудата в правой

подвздошной ямке появляются боли, локальное напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины в правой подвздошной области. Если врач видит больного впервые, именно в этот период, он, не оценив в должной мере анамнеза, может допустить ошибку и поставить диагноз острого аппендицита.

При наличии большого количества свободной жидкости в брюшной полости, в отлогих ее местах по правому и левому боковым каналам определяется тупой перкуторный звук. Перистальтика ослаблена или отсутствует. При ректальном исследовании можно обнаружить нависание передней стенки прямой кишки и ее болезненность. Пациенты в этот период кажущего благополучия неохотно дают себя осматривать, уверяют, что болезнь уже почти прошла или скоро пройдет, если только их оставят в покое, медлят с согласием на операцию.

Третий период. По прошествии 12 часов с момента прободения состояние больных начинает прогрессивно ухудшаться. Первым симптомом прогрессирующего перитонита является рвота. Она повторяется, обезвоживая и обессиливая больного. Больной ведёт себя беспокойно. Кожные покровы и слизистые оболочки становятся сухими. Возникает развёрнутый синдром системной воспалительной реакции. Температура тела повышается, пульс учащается до 100-120 ударов в минуту, артериальное давление стойко снижается. Снова появляется учащенное дыхание. Язык сухой, густо обложен налетом, имеющим вид корок грязно-коричневого цвета. Появляется вздутие живота, перистальтические шумы не выслушиваются, в отлогих местах живота определяется большое количество жидкости. Как не без основания отмечал Н.Н. Самарин (1952), «... и диагноз, и хирургическая помощь в этом периоде обычно являются уже запоздалыми».

**Атипичная перфорация наблюдается не более, чем в 5% случаев.** В клетчатку забрюшинного пространства перфорируют язвы, расположенные в кардиальном отделе желудка и на задней стенке двенадцатиперстной кишки (крайне редко, обычно они пенетрируют в головку поджелудочной железы, что осложняется профузным кровотечением). В первом случае воздух из желудка может попадать в средостение, клетчатку левой надключичной области или левой боковой стенки груди, вызывая подкожную эмфизему. Во втором случае она появляется в области пупка (газ распространяется из забрюшинного пространства по круглой связке печени) и в правой поясничной области.

В результате прободения язв малой кривизны желудка в толщу малого сальника может возникнуть воспалительный инфильтрат, а затем и его абсцесс.

Атипичные перфорации (задней стенки желудка, в толщу малого или большого сальника) клинически проявляются иначе, чем прободение в свободную брюшную полость. Боли в животе носят умеренный характер, без четкой локализации. Напряжение мышц передней брюшной стенки не столь резко выражено. В случае несвоевременной диагностики перфоративной язвы развиваются тяжёлые гнойные осложнения со стороны брюшной полости и забрюшинного пространства (абсцесс сальниковой сумки, малого и большого сальников, забрюшинная флегмона и др.), клинически проявляющиеся выраженной системной воспалительной реакцией и стёртой локальной симптоматикой.

### **Диагностика**

Диагностика прободной язвы основывается, прежде всего, на тщательном расспросе больного, данных физикального исследования, результатах лабораторного и рентгенологического исследований, в случае необходимости используют эндоскопические методы.

Сведения, которые можно собрать во время опроса больных, имеют различную диагностическую ценность. Исходя из этого, всех пациентов можно разделить на несколько групп. В первую входят больные, которые в прошлом страдали язвенной

болезнью и этот диагноз ранее был подтверждён у них рентгенологически или эндоскопически. В таких случаях диагноз не представляет больших сложностей. Вторую группу составляют лица, которые ранее не были обследованы, но при тщательном их расспросе можно выявить типичные проявления язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки (отрыжка кислым, боли вскоре после приема пищи или натощак, ночные боли, регулярное употребление питьевой соды, периодический дегтеобразный стул и др.). В третью группу входят те, которые вследствие не критического отношения к имевшимся проявлениям болезни отрицают какое-либо желудочное заболевание в анамнезе. Как писал Г. Мондор, многие из больных имеют «диспепсическое прошлое», но им кажется, что случившаяся с ними в настоящий момент катастрофа не имеет никакой связи с какими-то давними незначительными пищеварительными расстройствами и поэтому они отрицательно отвечают на вопрос врача о наличии заболевания в прошлом. И, наконец, к четвертой группе относятся пациенты, у которых при самом тщательном расспросе не удаётся выявить в прошлом каких-либо нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. Примерно в 10% случаев прободение возникает на фоне полного благополучия без предшествующих симптомов язвенной болезни.

Непосредственно перед перфорацией язвы нередко возникают продромальные симптомы, выражающиеся в усилении болей в эпигастриальной области, ознобах, субфебрильной температуре, тошноте, изредка рвоте. Некоторые хирурги оценивают эти признаки как состояние угрожающей перфорации. К сожалению, подобное заключение делается лишь «задним числом», ретроспективно.

Для диагностики имеет значение характерная поза больного, его внешний вид и особенно, обнаружение выраженного мышечного напряжения, определяемого при поверхностной пальпации. При оценке этого симптома необходимо принимать во внимание время, прошедшее с момента прободения, так как с развитием и прогрессированием перитонита на смену резко выраженному напряжению брюшной стенки приходит постепенно нарастающее вздутие живота, которое в значительной мере маскирует защитное напряжение мышц. Кроме того, если прободение произошло у больного с дряблой мускулатурой и ожирением, мышечное напряжение трудно бывает обнаружить. В таких случаях выявить ригидность и постоянное тоническое напряжение мышц передней брюшной стенки возможно при помощи осторожной методической пальпации (следует стараться не причинить пациенту резкой боли), во время которой напряжение усиливается.

Наличие свободного газа в брюшной полости может быть выявлено при перкуссии области печени примерно в 60% случаев прободений гастродуоденальных язв. Отсутствие печеночной тупости имеет решающее значение в тех случаях, когда зона тимпанита, найденного над печенью, перемещается при перемене положения больного и при повороте со спины на левый бок.

Рентгенодиагностика прободных язв сводится в основном к выявлению свободного газа в брюшной полости, который обнаруживается в 80% случаев. Установление этого симптома прямо указывает на перфорацию полого органа, даже при отсутствии четких клинических симптомов (хирург должен знать, что воздух в поддиафрагмальное пространство у пожилых женщин изредка может попадать при атонии маточных труб).

Точность рентгенологического диагноза находится в прямой зависимости от количества газа, поступившего в брюшную полость: при большом количестве его легко обнаружить, при минимальном – иногда вообще не удаётся.

Газовый болюс располагается в наиболее высоких отделах брюшной полости. При положении больного на спине высшей точкой его нахождения является верхний отдел передней брюшной стенки. С поворотом пациента на бок он смещается в

соответствующую подреберную область, к месту прикрепления диафрагмы и к боковой стенке живота, а в вертикальном положении газ занимает наиболее высокое положение под куполами диафрагмы. Наличие спаек в брюшной полости искажает изложенные выше закономерности, и скопление газа может локализоваться в нетипичном месте.

Рентгенографическая дифференциальная диагностика между пневмоперитонеумом и интерпозицией пневматизированной толстой кишки, располагающейся между печенью и диафрагмой основана на том, что полоска свободного газа, локализуемая в брюшной полости, смещается в зависимости от положения больного, а раздутый газами участок толстой кишки своего положения обычно не меняет.

В неясных случаях больным предлагают выпить интенсивно газированной воды («шипучей смеси»): освобождающийся газ выходит через прободное отверстие и легко может быть обнаружен при повторном рентгенологическом исследовании. С этой же целью можно воспользоваться любым водорастворимым контрастным веществом (20-40 мл). Выходение его за пределы контуров желудка и двенадцатиперстной кишки является абсолютным признаком прободения язвы.

В диагностически сложных случаях можно воспользоваться комплексным рентгено-эндоскопическим исследованием. Оно заключается в том, что после отрицательного результата обзорной рентгенографии брюшной полости больному производят фиброгастроскопию.

Во время ее проведения выявляют месторасположение язвы и по косвенным признакам наличие перфорации. Нередко во время нагнетания воздуха в желудок у больных резко усиливаются болевые ощущения, что прямо указывает на наличие прободения язвы. Диагноз подтверждается во время повторной обзорной рентгенографии, при которой обнаруживают появление большого количества свободного газа под куполом диафрагмы.

Данные лабораторных исследований крови не выявляют каких-либо специфических изменений на ранних стадиях заболевания. Число лейкоцитов остается нормальным или незначительно повышенным, без сдвигов в формуле. Только при развитии перитонита появляется высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

Определенную диагностическую помощь в нестандартных ситуациях оказывает ультразвуковое исследование. Обнаружить свободный газ в брюшной полости с его помощью непросто, а вот выявить осумкованное или не отграниченное органами жидкое содержимое, как правило, удается.

В тех случаях, когда перечисленные выше инструментальные методы исследования не позволяют распознать прикрытую или атипично протекающую перфоративную гастродуоденальную язву, а диагноз перитонита не исключается, прибегают к лапароскопии.

### **Дифференциальный диагноз**

Прободение злокачественной опухоли желудка - достаточно редкое осложнение ракового процесса. Возраст больных, как правило, старше 50 лет. Течение заболевания имеет много общих черт с прободением гастродуоденальной язвы, хотя начало не такое бурное, как при язве, при этом характерно быстрое развитие разлитого гнойного перитонита. В анамнезе можно выявить потерю массы тела, снижение аппетита, слабость, наступившие в последние несколько месяцев до поступления в хирургический стационар.

При объективном обследовании предположение о наличии прободения опухоли подтверждается пальпаторным обнаружением плотного бугристого образования в эпигастрии. В остальном клинические проявления те же, что и при прободении гастродуоденальной язвы.

Если выполняется лапароскопия, то выявляют опухоль с перфорацией и поступлением содержимого желудка в брюшную полость. Также можно увидеть метастазы в печени и других органах.

Клинические отличия острого холецистита, печеночной колики, острого панкреатита, острого аппендицита и почечной колики от прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки хорошо известны практикующим врачам. Поэтому остановимся на более редких заболеваниях, представляющих интерес в аспекте разбираемой патологии.

Флегмона желудка. Заболевание трудно дифференцировать от прободной язвы. Клиническая картина при флегмоне характеризуется внезапно возникшими болями в эпигастральной области с иррадиацией в спину, тошнотой, редко рвотой. В анамнезе имеются диспепсические расстройства. Больной беспокоен, занимает вынужденное положение на спине. Язык обложен, сухой. Живот втянут, ограниченно участвует в дыхании, напряжен в эпигастральной области. Печеночная тупость сохранена, иногда определяется притупление в отлогих местах живота. Перистальтика выслушивается. Заболевание сопровождается частым пульсом, повышением температуры тела и высоким лейкоцитозом.

В процессе выполнения фиброгастроскопии находят резко выраженное воспаление слизистой оболочки желудка на всем протяжении. Контрольная рентгенография брюшной полости, произведенная после эндоскопического исследования, подтверждает отсутствие свободного газа в брюшной полости.

Острое нарушение мезентериального кровообращения. Проявляется внезапно возникающими жестокими болями в животе без определенной локализации. Необходимо учитывать наличие мерцательной аритмии, диспепсических жалоб и анамнестических сведений относительно перенесенных ранее эмболии и имеющих в настоящее время хронических окклюзии в системе большого круга кровообращения. Больной беспокоен, мечется в постели, возможен коллапс. Характерно быстрое развитие интоксикации при неотчетливой клинической картине со стороны брюшной полости. Рвота бывает редко, чаще - жидкий стул с примесью крови. Живот вздут, мягкий, перистальтические шумы отсутствуют с самого начала заболевания. Пульс частый, нередко аритмичный.

Повышения температуры тела нет. Количество лейкоцитов в крови резко повышено. В случае развития инфаркта кишечника появляется перитонеальная симптоматика. Окончательную диагностику в ранние сроки от начала заболевания, т. е. в стадию ишемии кишечника осуществляют с помощью лапароскопии и рентгеноконтрастной аортомезентерикографии.

Забрюшинный разрыв аневризмы брюшной аорты. Начинается внезапно с сильнейших болей в верхнем этаже брюшной полости. Как правило, это заболевание встречается у людей пожилого возраста с выраженной сердечно-сосудистой патологией. Из анамнеза нередко можно получить сведения о наличии у больного аневризмы аорты.

При объективном обследовании в брюшной полости определяется болезненное, неподвижное, пульсирующее опухолевидное образование, над которым можно выслушать грубый систолический шум. Живот в первые часы заболевания не вздут, часто определяется мышечное напряжение за счёт попадания крови в брюшную полость. Пульс может быть частым, артериальное давление снижено, температура тела нормальная или понижена. Пульсация подвздошных и бедренных артерий резко ослаблена, нижние конечности холодные. У больных быстро наступает анурия, явления почечной недостаточности. У большинства пациентов определяются признаки острой анемии.

Симулировать прободную язву могут и терапевтические заболевания.



Инфаркт миокарда. В случае гастралгической его формы возможно внезапное возникновение острых болей в эпигастральной области с иррадиацией в область сердца и межлопаточную область. Чаще заболевают люди пожилого возраста, у которых ранее были приступы стенокардии.

При пальпации можно выявить болезненность и напряжение брюшной стенки в эпигастральной области. Печеночная тупость сохранена, перистальтические шумы обычные. На электрокардиограмме обнаруживают свежие очаговые нарушения коронарного кровообращения.

Пневмония и плеврит. Возможно острое начало болей в верхней части живота без определенной локализации. Передняя брюшная стенка может быть умеренно напряжена в эпигастральной области. Печеночная тупость сохранена. Клиническое и рентгенологическое исследования подтверждают наличие пневмонии.

В заключение следует акцентировать внимание хирургов на том, что точная дифференциальная диагностика возможна лишь в первые часы после прободения гастродуоденальной язвы. В период гнойного перитонита картина прободения сглаживается и становится похожей на клиническую картину воспаления брюшины любого иного происхождения. Экстренная срединная лапаротомия окончательно определяет его причину.

### **Лечение**

Объем лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе:

1. Важнейшей задачей врача, заподозрившего прободение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, является организация быстрой госпитализации больного в хирургическое отделение.
2. Основания для диагноза перфоративной язвы при типичной клинической картине:
  - а) острое начало; б) «кинжальная боль» в животе; в) выраженные признаки раздражения брюшины в начальном периоде вследствие воздействия агрессивных химических факторов; г) исчезновение печеночной тупости.
3. При тяжелом состоянии пациента и признаках шока проводят инфузионную терапию, вводят вазопрессоры, осуществляют ингаляцию кислорода.
4. Не рекомендуется введение наркотических анальгетиков, которые могут «затушевать» клинические проявления заболевания и дезориентировать хирурга стационара.

Протокол диагностики в хирургическом стационаре:

1. В приемном отделении больной с подозрением на прободную язву должен быть осмотрен врачом в первую очередь.
2. Производят термометрию тела, определяют количество лейкоцитов в крови и необходимые лабораторные исследования (группа крови, Rh-фактор, глюкоза крови и др).
3. Во всех случаях регистрируют ЭКГ для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда.
4. Выполняют обзорную рентгенографию брюшной полости с целью обнаружения свободного газа. Если позволяет состояние больного, исследование проводят в вертикальном положении, если нет - в латеропозиции.
5. Помимо больных с подтвержденным диагнозом перфоративной гастродуоденальной язвы, госпитализации в хирургическое отделение подлежат пациенты с сомнительной клинической симптоматикой.

6. В хирургическом отделении диагностика должна быть завершена, и диагноз прободной язвы подтвержден либо отвергнут. Для этого может быть использована лапароскопия. При невозможности ее выполнения по тем или иным причинам приходится прибегать к диагностической средне-срединной лапаротомии.

В хирургическом отделении больному следует объяснить серьезность заболевания, необходимость немедленного оперативного вмешательства, ободрить, успокоить, получить у него согласие на операцию. При этом нередко приходится тактично и в то же время настойчиво убеждать больного в отсутствии другого выхода из создавшегося положения.

Показания к хирургическому вмешательству. Диагноз прободной гастродуоденальной язвы служит абсолютным показанием к неотложной операции. Это относится и к прикрытой перфорации.

Консервативное лечение приходится осуществлять в тех крайне редких случаях, когда пациент категорически отказывается от операции. Терапия по методу Тейлора заключается в следующем. Под местной анестезией 1% раствором дикаина в желудок вводят толстый зонд, через который его освобождают от содержимого. После удаления толстого зонда трансназально проводят тонкий желудочный зонд и подключают его к аппарату для постоянной аспирации, которую осуществляют на протяжении нескольких суток. Больному придают положение Фовлера. Кладут пузырь со льдом на живот. Проводят коррекцию водно-электролитного баланса, полноценное парентеральное питание, дезинтоксикационную терапию и назначают массивные дозы антибиотиков в течение 7-10 дней. Перед удалением зонда по нему вводят водорастворимый контраст и рентгенологически убеждаются в отсутствии его затекания за контуры желудка или двенадцатиперстной кишки. Между тем, даже в случае отграничения зоны перфорации гастродуоденальной язвы, вероятность формирования локальных гнойников брюшной полости очень велика. Поэтому этот метод может быть рекомендован в самых крайних случаях, так как при его неэффективности будет потеряно время, благоприятное для оперативного вмешательства, и больной будет обречен, несмотря на свое запоздалое согласие на операцию.

Предоперационная подготовка. Перед хирургическим вмешательством больному в обязательном порядке вводят зонд в желудок и аспирируют его содержимое. Катетеризируют мочевого пузыря. Производят гигиеническую подготовку операционного поля. В случае тяжелого состояния больного, обусловленного разлитым гнойным перитонитом, совместно с анестезиологом назначают и проводят интенсивную терапию в течение 1-2 часов (подробнее см. главу III).

Обезболивание. Операцию производят под комбинированным эндо-трахеальным наркозом. Возможно использование эпидуральной анестезии после коррекции гиповолемии. В исключительных случаях ушивание перфоративного отверстия осуществляют под местным обезболиванием.

Доступ. Используют верхнесрединную лапаротомию. В случае прикрытой прободной язвы, при ошибочно произведенном разрезе в правой подвздошной области в эту рану вводят большой тампон для осушения брюшной полости на весь период операции и производят верхнесрединную лапаротомию. Срединную рану передней брюшной стенки зашивают на заключительном этапе вмешательства в первую очередь.

Особенности хирургического вмешательства. Как во время интраоперационной ревизии брюшной полости можно обнаружить перфорацию желудка или двенадцатиперстной кишки? Довольно часто сразу после рассечения брюшины из раны с характерным шипением выходит небольшое количество воздуха. Жидкость, имеющаяся в брюшной полости, обычно желто-зеленого цвета, мутноватая, с примесью слизи, в ней могут быть кусочки пищи. Экссудат эвакуируют отсосом, крошковидные пищевые массы убирают

тампонами. Если перфорация сразу не обнаруживается, следует оттянуть желудок влево, после чего на достаточном протяжении становятся видны привратник и двенадцатиперстная кишка. При этом на гиперемированной передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки удаётся выявить белесоватый, инфильтрированный участок диаметром от 1 до 3 см, с отверстием круглой или овальной формы посередине, с четкими, как бы штампованными, краями, диаметром чаще всего около 5 мм.

Значительно труднее обнаружить перфорацию, если язва находится низко, на двенадцатиперстной кишке, или, наоборот, высоко, на малой кривизне или на задней стенке желудка. Непросто ориентироваться, когда хирург, встречается с резко выраженным перигастритом, перидуоденитом и обширным спаечным процессом. В таких случаях выявлению места прободения способствует методичность и очередность обследования.

Во-первых, нужно тщательно пропальпировать трудные для осмотра области, продвигаясь по малой кривизне от кардиального отдела до нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки. Пальпировать следует не только малую кривизну желудка, но и обе его стенки, стараясь заключить их между большим и указательным пальцами. Область язвы определяется в виде плотной, ригидной инфильтрации желудочно-кишечной стенки.

Во-вторых, после того, как хирург нашел инфильтрат, но не увидел прободного отверстия, следует захватить эту область пальцами и попытаться осторожно выдавить ими содержимое желудка или двенадцатиперстной кишки. При этом может выделиться всего одна капля содержимого. Обнаружив воспалительные изменения и крепитацию в области забрюшинного пространства, необходимо мобилизовать двенадцатиперстную кишку по Кохеру, чтобы осмотреть ее заднюю стенку.

В-третьих, в поисках места прободения следует учитывать направление, откуда поступает выпот. Так, если он поступает из сальникового (винслово) отверстия, прободение следует искать на задней стенке желудка, доступ к которой открывается после широкого рассечения желудочно-ободочной связки. Каждый оперирующий хирург не должен забывать, что можно столкнуться со случаями, когда одновременно перфорируют две язвы: на передней и задней стенках желудка. В поздние сроки с момента перфорации массивные наложения фибрина и скопления гнойного экссудата обнаруживают в самых различных местах. В таких случаях следует систематически осмотреть и санировать все отделы брюшной полости. Для этого отсосом эвакуируют экссудат, по возможности удаляют наложения фибрина (пинцетом и влажным тупфером), повторно промывают различные ее отделы растворами антисептиков. В обязательном порядке эти манипуляции необходимо произвести в подпечёночном, правом и левом поддиафрагмальных пространствах, боковых каналах, полости малого таза. После эвакуации гноя и первичного промывания этих областей целесообразно ввести в них тампоны на период вмешательства, направленного на ликвидацию основного патологического процесса. После его выполнения необходимо завершить санацию брюшной полости. Удаляют тампоны, введенные на первом этапе операции и повторно обрабатывают все поражённые её отделы. Оставление гноя и фибриновых плёнок может привести к формированию абсцессов либо сохранению и прогрессированию перитонита. Если хирург в силу «запущенности» процесса не может полноценно санировать брюшную полость во время первичного хирургического вмешательства, он должен планировать проведение повторной санационной операции (программируемая релапаротомия через 24-48 часов).

После обнаружения перфорации хирург должен решить: производить ли резекцию желудка,шить ли прободное отверстие или иссечь язву с последующей пилоропластикой и ваготомией?

Выбор метода операции. Вид и объем пособия определяют строго индивидуально в зависимости от вида язвы, времени, прошедшего с момента перфорации, выраженности

перитонита, возраста пациента, характера и тяжести сопутствующей патологии, технических возможностей оперирующей бригады. Различают паллиативные операции (ушивание прободной язвы) и радикальные (резекция желудка, иссечение язвы с ваготомией и др.). Выбирая способ хирургического вмешательства, следует иметь в виду, что главная цель операции заключается в спасении жизни больного. Поэтому большинству пациентов показано ушивание перфоративной язвы. Эта операция под силу любому хирургу, в крайнем случае ее можно выполнить под местной анестезией.

Ушивание перфоративной язвы показано при наличии разлитого перитонита (обычно при давности прободения более 6 часов), высокой степени операционного риска (тяжелые сопутствующие заболевания, старческий возраст), у молодых больных со «свежей» язвой без визуальных признаков хронического процесса и язвенного анамнеза, в случае перфорации стрессовых симптоматических язв.

«Юношеские» язвы после их ушивания и противоязвенного медикаментозного лечения склонны к заживлению и безрецидивному течению в 90% наблюдений. Определяя объем операции при перфорации язвы желудка, следует иметь в виду, что они, особенно у пожилых пациентов, могут быть малигнизированными. Поэтому, по возможности, желателен проведение резекции желудка. Если это невыполнимо, необходимо взять биопсию.

Перфорацию в стенке желудка «закрывают» двумя рядами узловых серозно-мышечных швов. Каждый из них накладывают в продольном к оси желудка (кишки) направлении. При этом ряд швов располагается в поперечном направлении, что позволяет избежать сужения просвета органа.

Прободные язвы пилородуоденальной зоны предпочтительно зашивать однорядным синтетическим швом без захвата слизистой, в поперечном направлении, чтобы не вызвать сужения просвета. Если стенки язвы в окружности прободного отверстия неподвижные, рыхлые и наложенные швы при завязывании начинают прорезаться, их можно подкрепить подшиванием пряди сальника или желудочно-ободочной связки на ножке.

Иногда при прорезывании швов приходится воспользоваться методом Поликарпова, который предложил не стягивать края язвы швами, а свободно тампонировать прободное отверстие прядью сальника на ножке. Эту прядь при помощи длинной нити проводят внутрь просвета желудка через прободное отверстие, а затем фиксируют этой же нитью, проведенной сквозь стенку желудка обратно на серозную поверхность. При завязывании концов нити сальник плотно тампонирует отверстие. После этого в окружности язвы и, несколько отступя от нее, сальник дополнительно фиксируют снаружи отдельными швами.

Забрюшинные перфорации выявляют по наличию в парадуоденальной клетчатке воздуха и пропитывания желчью. Для ушивания такой язвы необходима предварительная мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. После ушивания прободной язвы клетчатку дренируют из люботомического доступа.

Если при прободении язвы у ослабленного больного кроме того имеется стеноз привратника, ушивание прободного отверстия вынужденно приходится дополнять задним гастроэнтероанастомозом. Как показал опыт хирургов, при этом также необходимо производить ваготомию (из этого видно, что подобное вмешательство нельзя считать оптимальным, в подобных ситуациях лучше выполнить иссечение язвы с пилоропластикой).

Заключительным этапом операции по поводу прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки должен быть тщательный туалет брюшной полости. Чем тщательнее было произведено удаление остатков желудочно-дуоденального содержимого

и экссудата, тем легче протекает послеоперационный период и меньше возможностей для образования гнойников в брюшной полости.

Если к моменту операции в брюшной полости имелось большое количество содержимого, то, несмотря на тщательный туалет, брюшную полость целесообразно дренировать.

Эндовидеохирургическое вмешательство. При соответствующем оснащении и квалификации врачей возможно лапароскопическое ушивание перфоративной язвы. Выявление разлитого перитонита, воспалительного инфильтрата или признаков внутривнутрибрюшного абсцесса служит показанием для перехода на лапаротомию.

Резекция желудка показана в случаях хронических, каллезных желудочных язв (тем более, если заподозрена их малигнизация), а также при декомпенсированном пилородуоденальном стенозе. Эта операция возможна при следующих условиях: 1) отсутствие разлитого фибринозно-гнойного перитонита, который развивается спустя 6-12 ч после прободения; 2) возраст больного менее 60-65 лет и отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний; 3) достаточная квалификация хирурга и наличие условий для проведения этой технически сложной операции.

Резекцию производят, как правило, по методу Бильрот II, в модификации Гофмейстера-Финстерера и в особо благоприятных условиях – по методу Бильрот I. При низких дуоденальных язвах, технических трудностях обработки дуоденальной культи, целесообразно выполнение анастомоза по Ру. Беспрепятственная эвакуация содержимого двенадцатиперстной кишки позволяет избежать несостоятельности её культи. Техника резекции желудка детально изложена в специальных руководствах и монографиях. Здесь хочется лишь упомянуть, что предпочтительнее накладывать гастроэнтероанастомоз однорядным серозно-мышечным внутриузловым швом, для хорошего сопоставления и регенерации тканей. Это позволяет избежать развития анастомозита.

Иссечение прободной язвы с пилоропластикой и ваготомией. Показано при перфоративной язве передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки без значительного воспалительного инфильтрата. Операция выполняется в тех же условиях, что и резекция желудка.

Операция заключается в следующем. На края язвы двенадцатиперстной кишки накладывают две держалки так, чтобы ими можно было растянуть кишку в поперечном направлении. Язву иссекают в пределах здоровых тканей вместе с привратником, в виде ромба, длинный которого направлен по оси желудка и двенадцатиперстной кишки. Потягивая за держалки, дефект в двенадцатиперстной кишке ушивают в поперечном направлении одно- или двухэтажным швом, производя таким образом пилоропластику по Гейнеке-Микуличу. При сочетании перфорации со стенозом выходного отдела желудка наиболее адекватное дренирование будет обеспечено пилоропластикой по Финнею

При сочетании перфорации и кровотечения более надежным средством является иссечение кровоточащей язвы (либо резекция желудка).

Пилороантрумэктомия со стволовой ваготомией. Показана больным дуоденостазом (резко расширенная и атоничная двенадцатиперстная кишка) или в случае сочетанной формы язвенной болезни, когда обнаруживают перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки и хроническую язву желудка.

Селективную проксимальную ваготомию с ушиванием перфоративной язвы выполняют у больных молодого и среднего возраста при отсутствии перитонита и грубой рубцовой деформации привратника и двенадцатиперстной кишки. Эта операция ограничено используется в экстренной хирургии.

Завершение операции. Производят тщательную санацию и, в случае необходимости, дренирование брюшной полости. В некоторых ситуациях рациональна установка двух

зондов: одного для питания (его заводят в тощую кишку), другого – в желудок для декомпрессии.

Особенности хирургического вмешательства в условиях гнойного перитонита.

Послеоперационный период. Опыт многих хирургов убедительно показывает преимущества активного ведения больных после операции. Оно включает быструю активизацию больного, дыхательную и лечебную гимнастику и раннее, полноценное питание, что предупреждает развитие осложнений и ускоряет процессы регенерации.

Из послеоперационных осложнений на первом месте по частоте возникновения находится бронхопневмония, на втором – гнойные осложнения и на третьем – нарушения эвакуации пищи из желудка.

Поддиафрагмальный, подпеченочный, межкишечный и дугласова пространства абсцессы – это осложнения, часто связанные с недостаточно тщательным туалетом брюшной полости во время операции. При этом, необходимо обращать внимание на появление болей в животе, упорный парез желудочно-кишечного тракта и контролировать характер температурной кривой, частоту пульса, сдвиги в лейкоцитарной формуле.

Перитонит, возникший в послеоперационном периоде, связан, как правило, с несостоятельностью швов после ушивания прободного отверстия или резекции желудка и требует срочной повторной операции. Необходимо отметить, что хотя несостоятельность швов и сопровождается повторным выходом газа в свободную брюшную полость, обнаружение его при рентгенологическом исследовании на этом этапе утрачивает свое значение, так как после лапаротомии воздух обнаруживается в брюшной полости на протяжении более 10 суток.

Более ценным диагностическим приемом является дача больному водорастворимого контраста в количестве 1-2 глотков. Выходение его за пределы желудочно-кишечного тракта свидетельствует о несостоятельности швов в месте ушивания гастродуоденальной язвы или гастроэнтеро-анастомоза.

Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки констатировать таким путем невозможно, так как при резекции по методу Гофмейстера-Финстерера контрастное вещество из желудка не попадает в культю двенадцатиперстной кишки. В таких случаях на наличие несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки будет указывать резкий болевой синдром, перитонит и нарастание количества свободного газа при повторном исследовании через 40-60 мин.

Нарушение эвакуации из желудка в послеоперационном периоде проявляется срыгиваниями и рвотой. Оно может быть обусловлено функциональным состоянием желудочно-кишечного тракта или иметь механическую природу. С диагностической и лечебной целью в этих случаях показано введение тонкого зонда в желудок и эвакуация его содержимого. Одновременно следует вести активную борьбу с послеоперационным парезом кишечника. Больной должен находиться на парентеральном питании, получать достаточное количество жидкости, белков и электролитов.

Если после проведенного в течение 5-7 дней консервативного лечения, несмотря на ликвидацию пареза кишечника, явления застоя в желудке не уменьшаются, необходимо выполнить гастроскопию для исключения механического препятствия и решить вопрос о повторной операции.

Механические причины могут быть следующие: 1) при ушивании язвы: а) сужение области привратника – как дефект техники операции, б) резко выраженный перигастрит и перидуоденит; 2) при резекции желудка: а) сужение анастомоза вследствие отека стенок и последующего рубцевания его, б) сужение анастомоза вследствие воспаления и рубцевания брыжейки поперечной ободочной кишки, в) затекание содержимого в

приводящую петлю со сдавлением отводящей, г) неправильная фиксация культи желудка в окне брыжейки поперечной ободочной кишки.

### **Исходы**

Основными причинами летальности при прободных гастро-дуоденальных язвах являются перитонит, послеоперационная пневмония и тяжелые сопутствующие заболевания. Неблагоприятный исход чаще всего является следствием поздней обращаемости больного за медицинской помощью и несвоевременной диагностики. За последние годы в большинстве лечебных учреждений летальность при хирургическом лечении прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки снизилась и составляет 5-7%. Отдаленные результаты зависят не только от вида операции, но и от правильности выбранной оперативной тактики.

### **Используемая литература:**

- нац. рук. : крат. изд. / ред. И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 912 с. : ил.
- Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. - 600 с.
- учеб. пособие / М. А. Лагун, Б. С. Харитонов ; ред. С. В. Вертянкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
- М. И. Кузин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
- нац. рук. : крат. изд. / ред. И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 912 с. : ил.