

СРС

На тему : ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА

- ◎ **Перфорация, или прободение**, язвы желудка и 12-перстной кишки – это прорыв язвы в свободную брюшную полость с поступлением в нее желудочно-дуоденального содержимого. В 75% случаев перфоративная язва располагается в двенадцатиперстной кишке, чаще наблюдается у мужчин в возрасте 20 – 40 лет с кратким язвенным анамнезом (до 3 лет). Иногда перфорация язвы может произойти у людей, которые никогда ранее жалоб на боли в эпигастрии не предъявляли и о наличии у них язвы не знали. В молодом возрасте преобладает перфорация язв двенадцатиперстной кишки, а в среднем и пожилом – язв желудочной локализации. Перфорация язв чаще отмечается осенью и весной.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По локализации:

а) язвы желудка: малой кривизны (кардиальные, антральные, препилорические, пилорические), передней стенки (антральные, препилорические, пилорические), задней стенки (антральные, препилорические, пилорические);

б) язвы двенадцатиперстной кишки: передней стенки, задней стенки.

По течению:

а) прободение в свободную брюшную полость,

б) прободение прикрытое,

в) прободение атипичное.

Выделяют 3 фазы клинического течения перфоративной язвы:

1) фазу шока,

2) фазу “мнимого благополучия”,

3) фазу распространенного перитонита.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Основным фактором, ведущим к развитию прободения, является обострение язвенной болезни, когда усиливаются процессы воспаления и деструкции в язве, она углубляется вплоть до образования отверстия в стенке органа. Через это отверстие в брюшную полость попадает содержимое желудка и двенадцатиперстной кишки – желудочный сок, воздух (газовый пузырь желудка), съеденная пища. Соляная кислота желудочного сока, внезапно попавшая в брюшную полость, вызывает химический ожог брюшины верхнего этажа брюшной полости (химический перитонит). В ответ брюшина начинает продуцировать жидкость – экссудат, который, разбавляя кислоту, уменьшает ее концентрацию и силу ее раздражающего действия. В то же время в кровь выбрасывается большое количество биологически активных веществ, определяющих первую клиническую фазу заболевания – фазу шока. Вторая фаза – «мнимого благополучия» – бывает обусловлена тем, что в брюшную полость перестает поступать желудочное содержимое (чаще всего за счет закупоривания перфоративного отверстия комочком пищи). Разбавленная экссудатом кислота меньше раздражает брюшину, а болевые рецепторы обожженной брюшины становятся менее чувствительными. В дальнейшем патогенные микроорганизмы, попавшие из желудка в брюшную полость и инфицировавшие брюшину, начинают размножаться, выделять токсины и обуславливать развитие третьей фазы заболевания – распространенного перитонита.

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ (ТРИАДА МОНДОРА):

- ◎ Боль;
- ◎ Мышечное напряжение;
- ◎ Язвенный анамнез.

- Состояние больных тяжелое. Отмечаются бледность, похолодание конечностей, холодный пот на лице. Дыхание частое, поверхностное, больной не может сделать глубокий вдох. Пульс в первые часы после прободения замедленный или нормальной частоты, а с развитием перитонита учащается. Температура тела вначале нормальная или субфебрильная, а в поздние сроки повышается до 38 гр. и больше. Отмечается также задержка стула и газов.
- Характерен вид больных: они принимают вынужденное положение на спине или на боку с приведенными к животу коленями, избегают его изменения. Выражение лица испуганное, страдальческое.
- Характерные симптомы прободения выявляются при объективном исследовании. Живот часто ладьевидно втянутый или плоский, не участвует в акте дыхания. Напряжение мышц передней брюшной стенки – очень характерный и постоянный симптом прободной язвы. При этом у большинства больных отмечается доскообразное напряжение мышц живота. Оно может охватывать весь живот или верхний его отдел. Однако у пожилых больных иногда напряжение мышц может быть не резко выраженным.
- **При пальпации** кроме напряжения мышц отмечаются резкая болезненность, больше в верхнем отделе живота, симптом Щеткина – Блюмберга.
- **Перкуторно** часто выявляется очень важный признак – «**исчезновение печеночной тупости**» или уменьшение размеров ее в результате попадания свободного газа из просвета желудка через перфоративное отверстие в брюшную полость. Кроме того, в эпигастральной области может выявляться высокий тимпанический звук (**симптом Спизарного**), притупление в боковых отделах живота – за счет скопления там жидкого содержимого желудка, излившегося через перфоративное отверстие, и экссудата, продуцируемого брюшиной в ответ на резкое ее раздражение кислым желудочным соком.
- **Аускультативно** может выявляться отсутствие перистальтики кишечника, прослушивание сердечных тонов до уровня пупка (**симптом Гюстена**). При пальцевом ректальном исследовании может быть выявлена резкая болезненность в Дугласовом пространстве (**симптом Куленкампа**).

ТЕЧЕНИЕ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ.

Фаза шока (до 6 часов)

характеризуется кинжальной, мучительной болью в животе. Состояние больных тяжелое, они возбуждены, бледны, покрыты холодным потом, проявляют страх и страдание. Дыхание частое, поверхностное. Боли локализируются в эпигастральной области или правом подреберье, могут иррадиировать в правое плечо и ключицу. Характерно “доскообразное” напряжение мышц передней брюшной стенки в эпигастрии. Перкуторно часто определяется симптом “исчезновения печеночной тупости”. -

Фаза “мнимого благополучия” (6 – 12 часов).

В этой фазе состояние больного улучшается. Уменьшаются боли в животе и напряжение мышц передней брюшной стенки. Выравнивается дыхание. Симптом Щеткина – Блюмберга положителен в эпигастрии, правой половине живота. В этой фазе чаще всего происходят диагностические ошибки.

Фаза распространенного перитонита (более 12 часов).

Состояние больных вновь значительно ухудшается. Развивается бактериальный гнойный перитонит. В результате интоксикации общее состояние ухудшается, повышается температура тела до 38° и больше, учащается пульс, снижается АД, появляется вздутие живота. Черты лица заостряются, язык сухой.

ДИАГНОСТИКА

- **Общий анализ крови.** Наблюдается лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
- **Общий анализ мочи:** возможно появление небольших количеств белка.
- **Биохимический анализ крови:** повышение содержания в крови билирубина и аланиновой аминотрансферазы (особенно если перфоративное отверстие прикрывается печенью), возможно увеличение уровня у-глобулинов, бета-глобулинов.
- **При развитии перитонита и олигоанурии** возможно повышение содержания в крови мочевины.
- **Обзорная рентгенография брюшной полости.** Обнаруживается свободный газ в брюшной полости (пневмоперитонеум). На снимках в вертикальном положении больного он выявляется в виде серповидного просветления под правым, реже под левым или обоими куполами диафрагмы. Наиболее характерно серповидное просветление между печенью и правым куполом диафрагмы, то есть, справа. Пневмоперитонеум при перфорации язвы обнаруживается у 60-80% больных и является прямым симптомом прободения, но отсутствие его не исключает прободной язвы.
- **Пневмогастрография.** При отсутствии пневмоперитонеума на обзорной рентгенограмме живота по зонду в желудок после его опорожнения вводят 500 – 700 мл воздуха, который частично проходит через перфоративное отверстие в свободную брюшную полость и обнаруживается под диафрагмой.
- **Фиброзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС).** В ходе нее можно обнаружить перфорировавшую язву, а после процедуры – обнаружить свободный газ в брюшной полости.
- **Диагностическая лапароскопия.** Можно выявить наличие экссудата в брюшной полости, признаки воспаления брюшины и само перфоративное отверстие желудка или двенадцатиперстной кишки.



Эндоскопическая фотография



Язва желудка



Эндоскоп

**Антральный
отдел**

Язва желудка (рисунок и эндоскопическая фотография)

M
IS
ОИИ

ЛЕЧЕНИЕ

- Больные с перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки подлежат немедленной госпитализации в хирургическое отделение и экстренной операции.



ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ОПЕРАЦИИ

- Определить функциональное состояние основных органов и систем организма;
- Выявить имеющиеся сопутствующие заболевания и осложнения;
- Мобилизовать компенсаторные возможности организма больного.

МЕРОПРИЯТИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

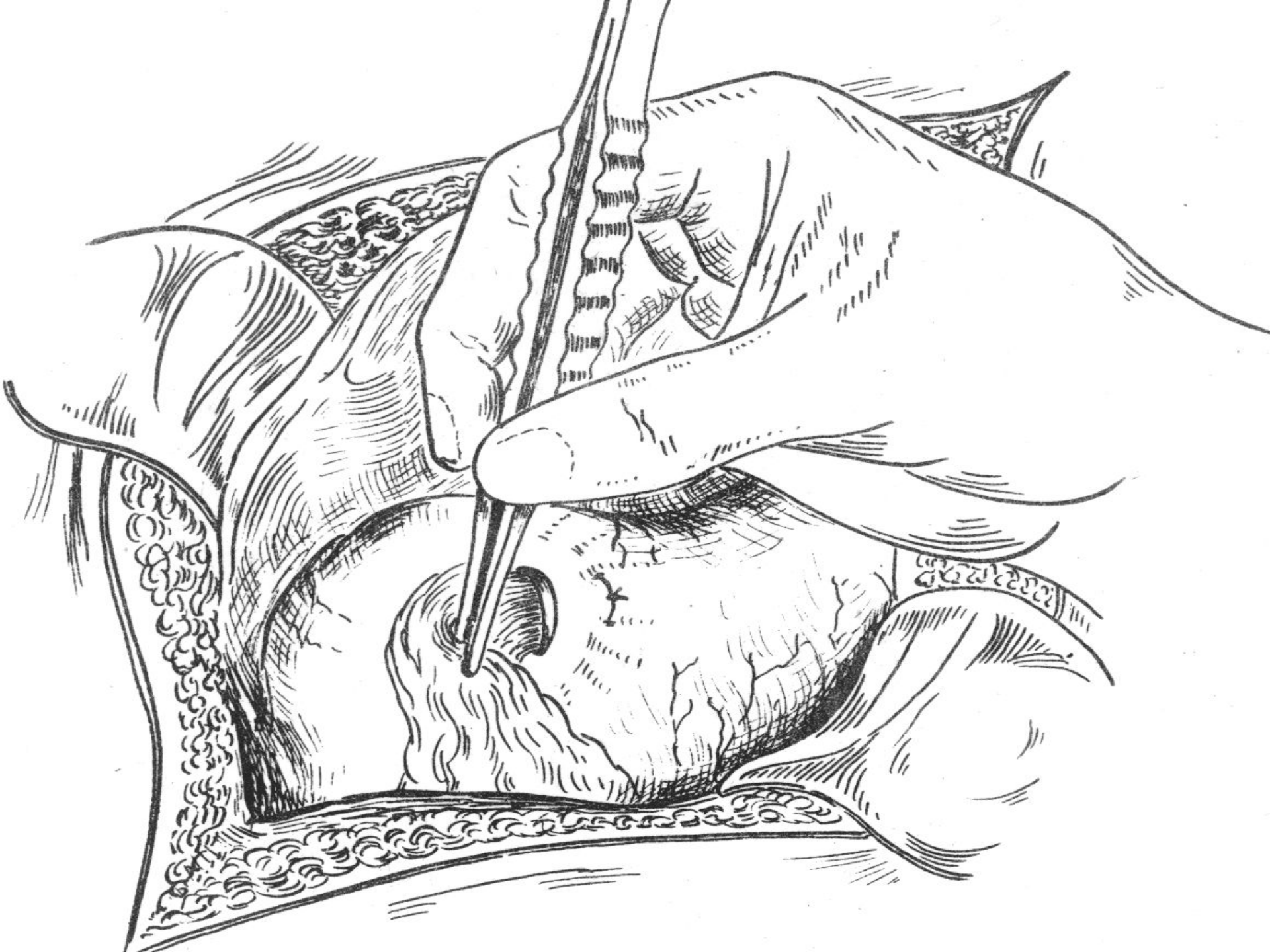
- ◎ Борьба с шоком;
- ◎ Дезинтоксикация;
- ◎ Восстановление водно-солевого и белкового баланса;
- ◎ Улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы.

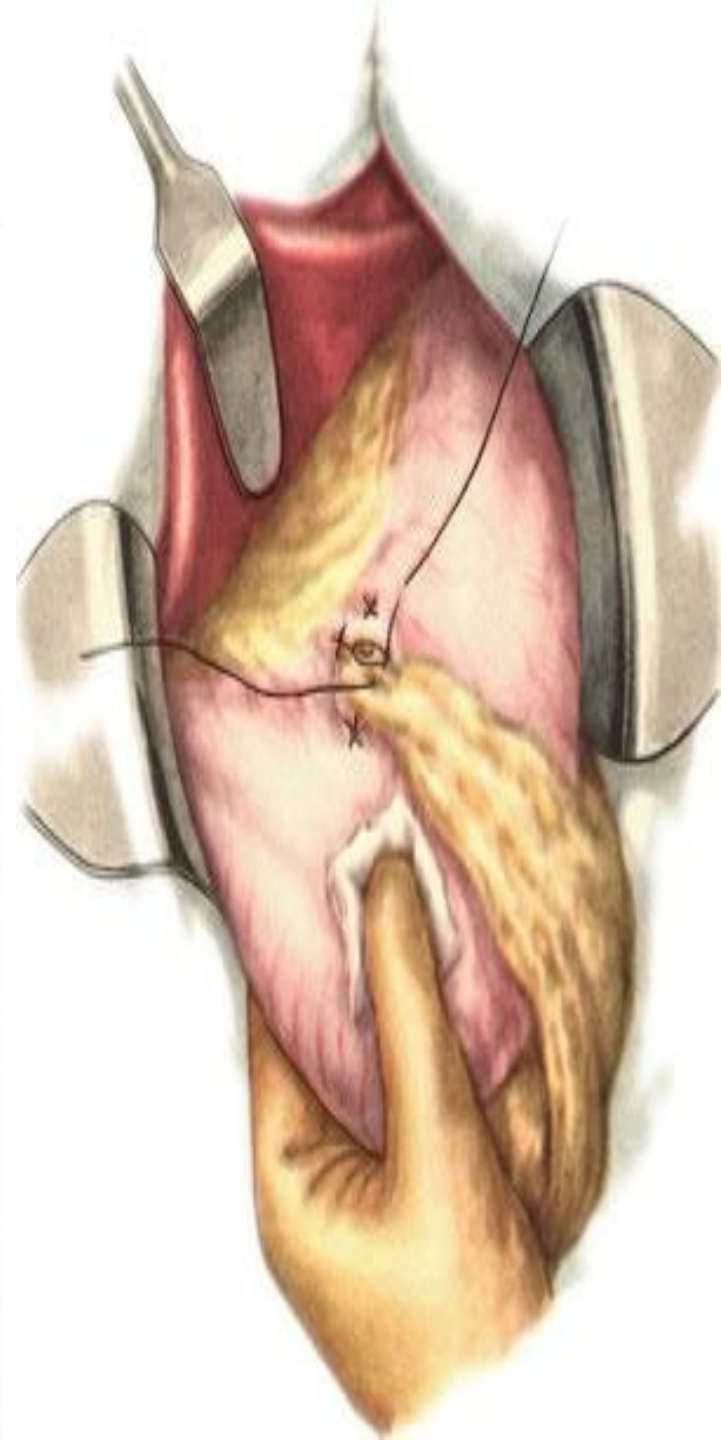
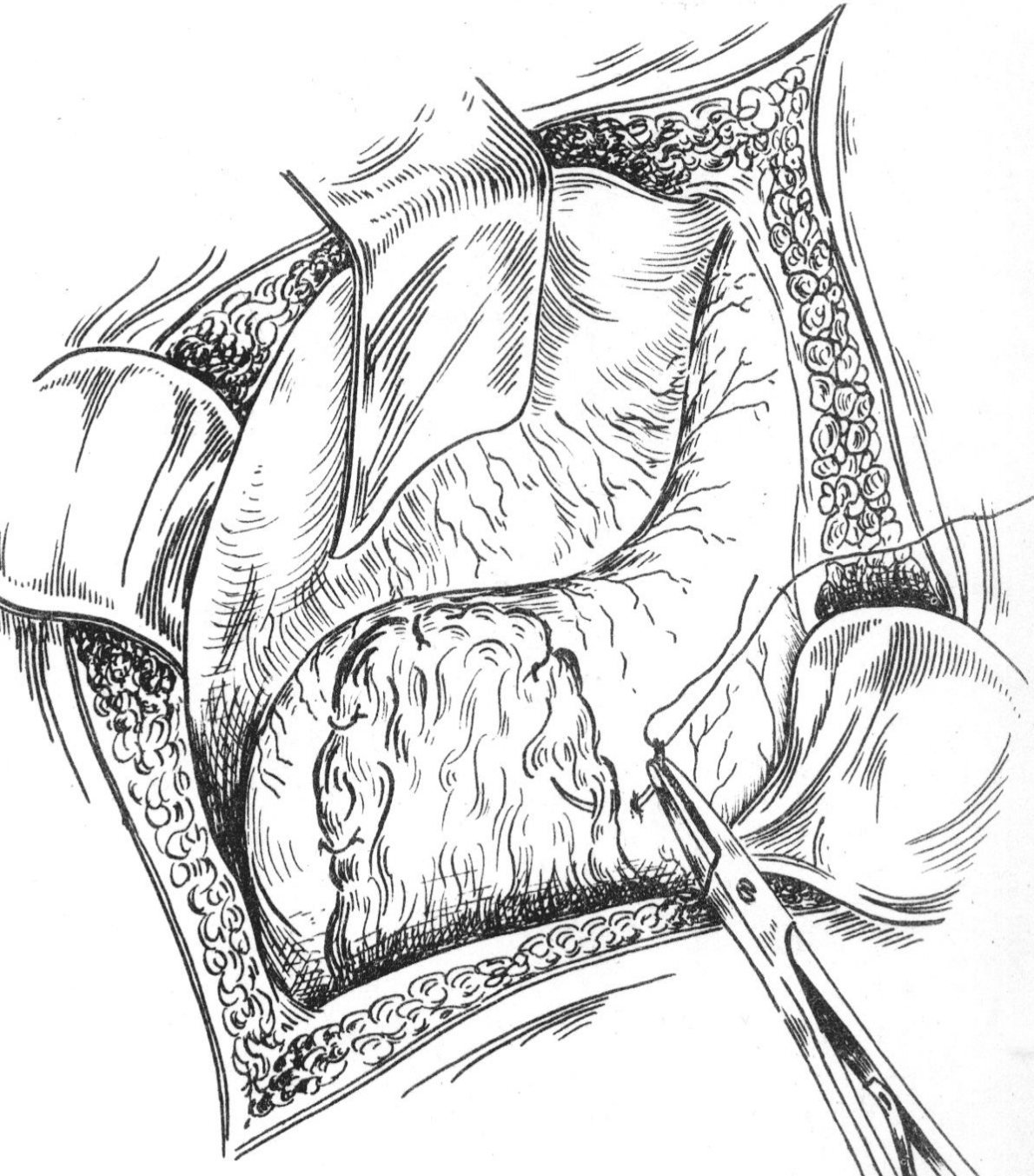
- ◉ Возможные варианты операций:
- ◉ Ушивание язвы однорядным швом в поперечном направлении с аппликацией большим сальником.

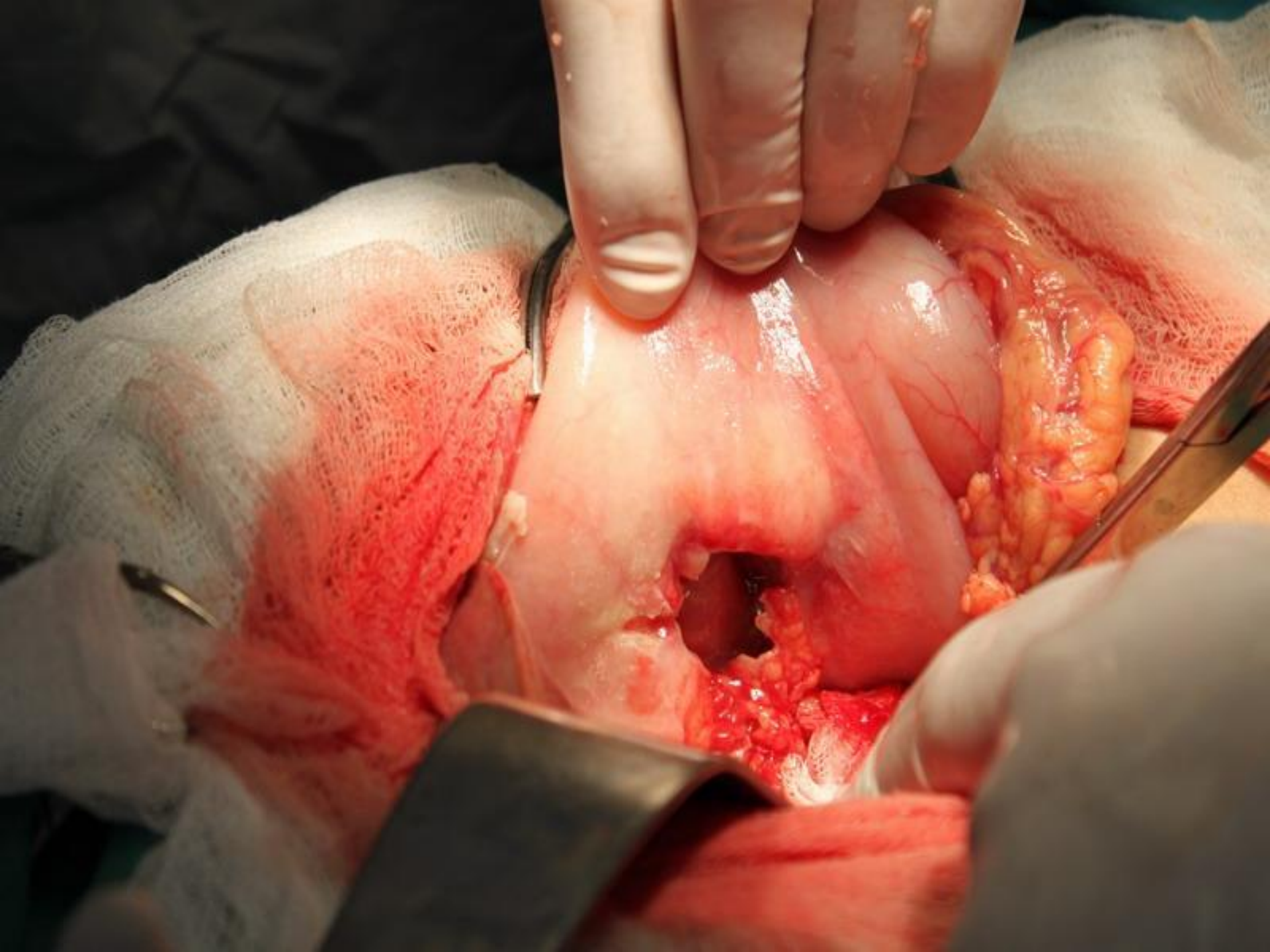


- **Ушивание язвы по Опелю – Поликарпову** (с тампонадой перфоративного отверстия прядью большого сальника). При этом в перфоративное отверстие вводят прядь большого сальника, и затем узловыми швами в поперечном направлении плотно сближают края перфоративного отверстия и введенной в нее и прошитой прядью большого сальника.









- Резекция желудка выполняется редко, по строгим показаниям и с учетом противопоказаний. Операции при перфоративных язвах обязательно сопровождаются тщательной санацией брюшной полости, удалением экссудата и излившегося желудочного содержимого из брюшной полости, осушиванием и дренированием ее.
- Ушивание язвы при ее перфорации можно выполнить как открытым способом, так и с помощью лапароскопической техники. В крайне редких случаях, при невозможности выполнить операцию допустимо применение консервативного **лечения по Тейлору**: положение больного на спине с возвышенным головным концом, постоянная зондовая аспирация желудочного содержимого, дезинтоксикационная инфузионная терапия, антибиотики внутривенно, холод на живот

ЛИТЕРАТУРА :

- а) основная
- Хирургические болезни. Под руководством академика РАМН М. И. Кузина. Москва, 2002 г. Стр. 307-313.
- Частная хирургия. Т.1. Учебник для медицинских вузов (ред. Ю.Л. Шевченко). СПб: (1998), 2000. Стр. 298-312.
- Диагностика и лечение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости: метод.пособие / МО РФ, ГВМУ; М.В. Лысенко.-М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2005. Стр.48-55.
- б) дополнительная
- Приказ МО РФ № 200 от 20.08.03 г. «О порядке проведения ВВЭ в ВС РФ».
- Приказ МО РФ №460 от 29.12.88г «О мерах по дальнейшему улучшению диспансеризации военнослужащих СА и ВМФ».
- Учебное пособие для изучения курса «Хирургические болезни» для слушателей военно-медицинского института (ред. Б.И. Альперовича). Томск, 2005. Стр. 67-78.
- Альперович Б.И., Соловьев М.М. Неотложная хирургия живота. Томск, 2002.167-180.
- Майстренко Н.А.. Неотложная абдоминальная хирургия: практикум / Н.А. Майстренко, К.Н. Мовчан, В.Г. Волков. -СПб.: Питер, 2002. Стр. 44-68.