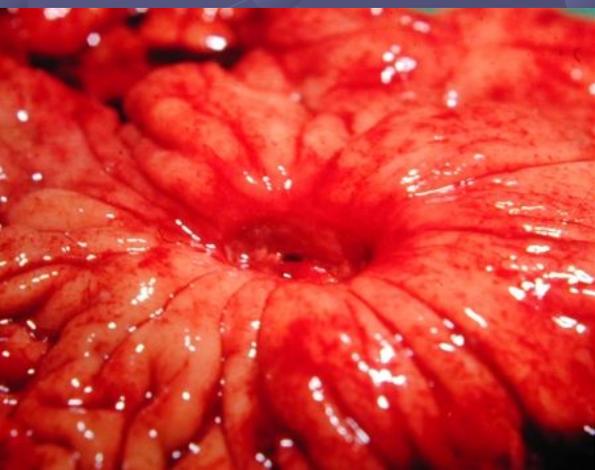


Учебное мультимедийное пособие по факультетской хирургии

Прободные гастродуоденальные язвы



12.04.2013

д.м.н. Шаталов А.В.

Общие данные

- Прободные гастродуоденальные язвы составляют 1,6% среди пациентов с острой хирургической патологией.
- Соотношение мужчин и женщин – 10 :1.
- Перфорация острых язв без анамнеза у 19%
- Гастродуоденальные язвы чаще перфорируют у мужчин с коротким язвенным анамнезом (до 3 лет), обычно в осенний или весенний период.
- Перфорация язвы может возникнуть в любом возрасте: как в детском (до 10 лет), так и старческом (после 80 лет). Однако в основном она встречается у пациентов 20-40 лет.
- Во время войн и экономических кризисов частота прободения возрастает в 2 раза (из-за ухудшения питания и негативного психоэмоционального фона).

Классификация прободных язв по Д.П. Чухриенко

По этиологии: 1) перфорация при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; 2) перфорация при раке желудка; 3) перфорация при локальном нарушении кровообращения в стенке желудка (атеросклероз, гипертония); 4) перфорация при поражении стенки органа паразитами.

По клиническому течению: 1) типичная форма перфорации язв; 2) атипичная форма перфорации язв.

По патолого-анатомическим признакам: 1) перфорация острых язв; 2) перфорация хронических язв.

По топографоанатомической локализации: 1) перфорация желудка — передней, задней стенок, малой и большой кривизны; 2) перфорация двенадцатиперстной кишки — передней, задней стенок; 3) перфорация пептических язв анастомозов; 4) перфорация язв тонкого кишечника.

Мы пользуемся следующей классификацией прободных язв: перфорация в свободную брюшную полость с выходом желудочного содержимого, в свободную брюшную полость с выходом газа, в сальниковую сумку, в забрюшинную клетчатку, в соседние органы; прикрытые прободения.

Классификация прободных гастродуоденальных язв

По этиологии:

- *перфорация хронической язвы;*
- *перфорация острой язвы (гормональной, стрессовой и др.).*

По локализации:

- *язва желудка (малой или большой кривизны, передней или задней стенки в антральном, препилорическом, пилорическом, кардиальном отделе либо в теле желудка);*
- *язва двенадцатиперстной кишки (бульбарная, постбульбарная).*

По клинической форме:

- *прободение в свободную брюшную полость (типичное или прикрытое);*
- *атипичная перфорация (в сальниковую сумку, малый или большой сальник, забрюшинную клетчатку, изолированную спайками полость);*
- *согетание с кровотечением в желудочно-кишечный тракт.*

По фазе перитонита (клиническому периоду):

- *химический перитонит (период первичного шока);*
- *бактериальный перитонит с синдромом системной воспалительной реакции (период мнимого благополучия);*
- *разлитой гнойный перитонит (период тяжёлого абдоминального сепсиса).*

Клинические признаки прободных язв по Мондору

I. Главные симптомы: язвенный анамнез, «кинжальная» боль, напряжение брюшной стенки.

II. Побочные симптомы:

- 1- Общие: пульс, дыхание, температура.
- 2- Функциональные: общая слабость, жажда, сухость во рту, рвота, , задержка стула и газов.
- 3- Физические, обнаруживаемые при осмотре, перкуссии и аускультации.

Симптомы, определяемые при осмотре, пальпации и перкуссии

- 1- подтягивание яичек к наружному отверстию паховых каналов – симптом Бернштейна.
- 2- Симптом Щёткина и гиперестезия кожи живота.
- 3- Симптом Спигарного- исчезновение печёночной тупости. При перкуссии определяются спонтанный пневмоперитонеум (отсутствует печеночная тупость — симптом Спигарного-Жобера)
- 4- Симптом Гефтера-Шипицина – «симптом плеска», выявляемый при перкуссии эпигастральной области.
- 5- Симптом Юдина-Якупова – ощущение при пальпации толчка газов, проникающих через прободное отверстие.
- 6- Симптом Кервена- тупость в отлогих местах, которая по мере накопления выпота становится тотальной.

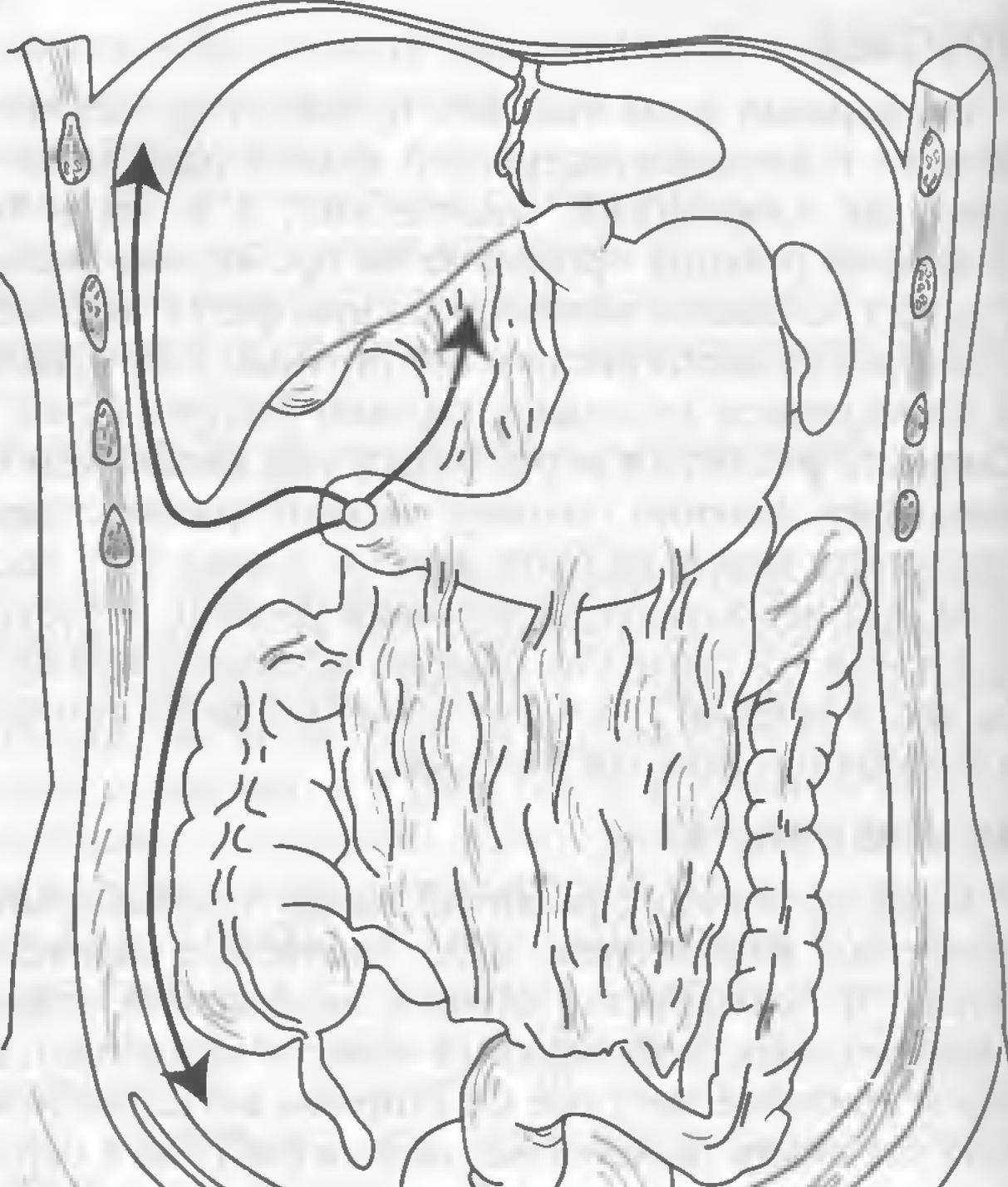
Аускультативные симптомы при прободных гастродуоденальных язвах

- 1- Симптом Бруннера- шум трения диафрагмы, возникающий при накоплении жидкости между диафрагмой и желудком.
- 2- Триада Гюстена:
 - а)- Распространение сердечных тонов до пупка.
 - б) - Перитонеальное трение, напоминающее шум трения плевры в области края рёберной дуги.
 - в)- Металлический звон или серебристый шум, появляющийся при вдохе и связанный с наличием свободного газа. Выходящего через перфорационное отверстие.

Фазы клинического течения прободных гастродуоденальных язв

- 1- Фаза шока (до 6 часов).
- 2- Фаза «мнимого благополучия» (6-12 часов).
- 3- Фаза прогрессирующего перитонита (развивается спустя 12 часов после перфорации).

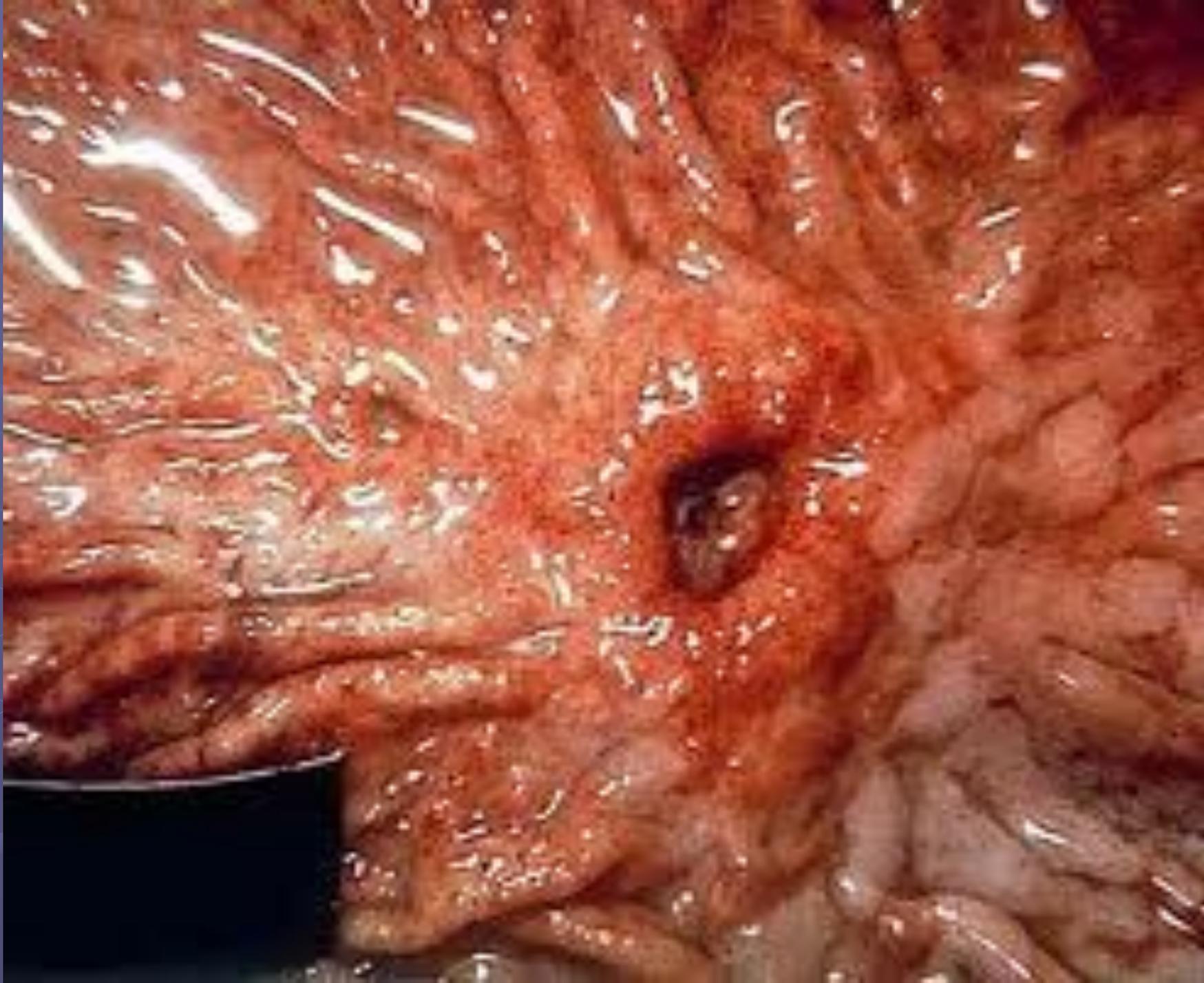
Скорость развития перитонита тем выше, чем ниже кислотность желудочного сока.

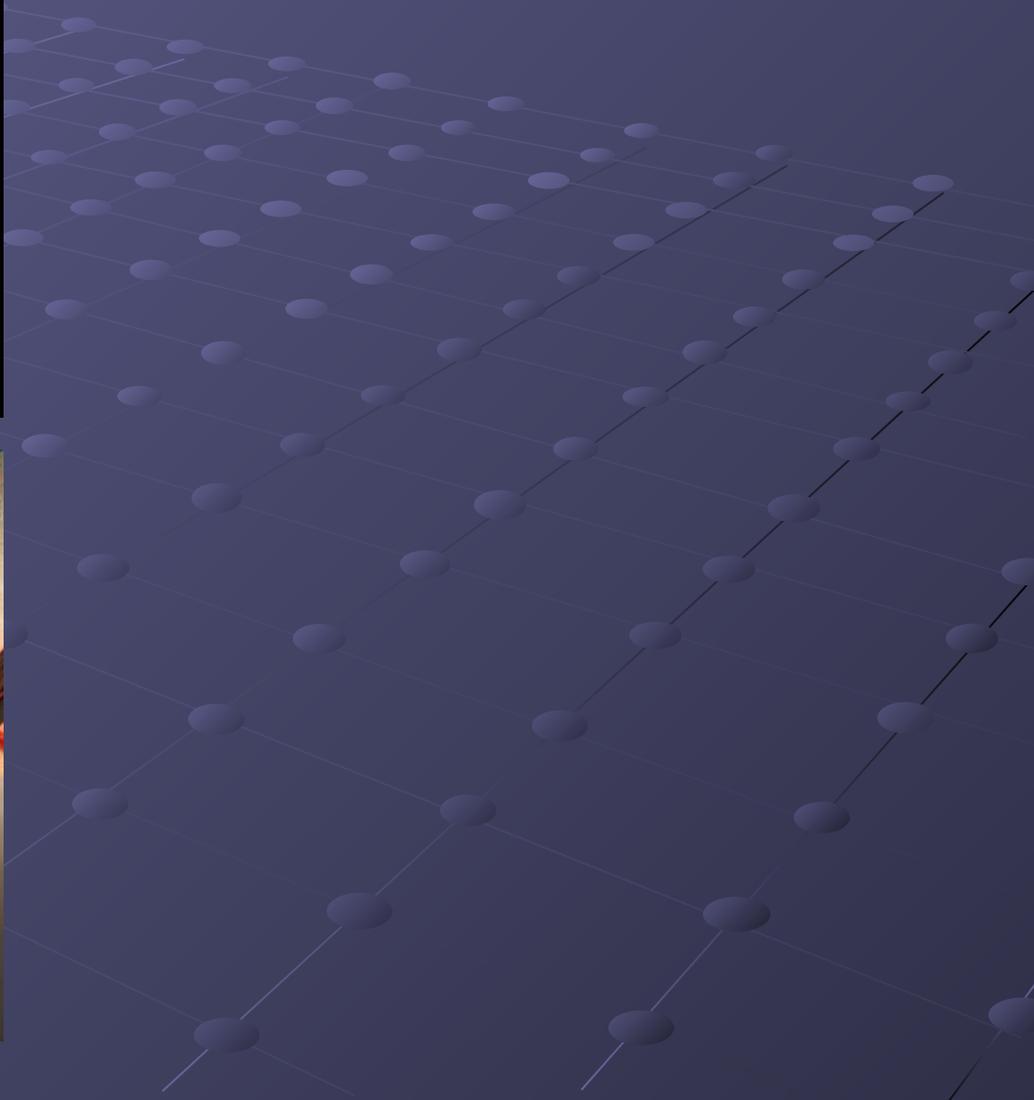
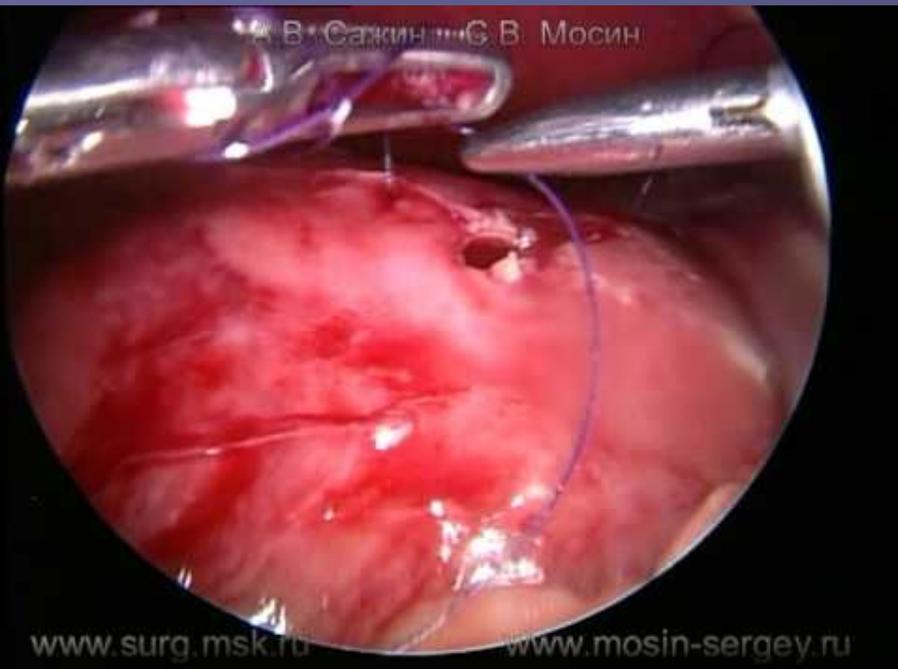


**Распространение
содержимого
желудка по
брюшной полости
при перфорации
язвы
пилородуоденальн
ой зоны (указано
стрелками).**

Диагностическая программа при прободных гастродуоденальных язвах

- 1- Обзорная рентгенография или рентгеноскопия брюшной полости.
- 2- Пневмогастрография.
- 3- Экстренная фиброгастродуоденоскопия с последующей рентгенографией брюшной полости или без неё.
- 4- Контрастная гастрография (метод двойного контрастирования).
- 5- Лапароцентез с пробой И.И. Неймарка.
- 6- Лапароскопия.



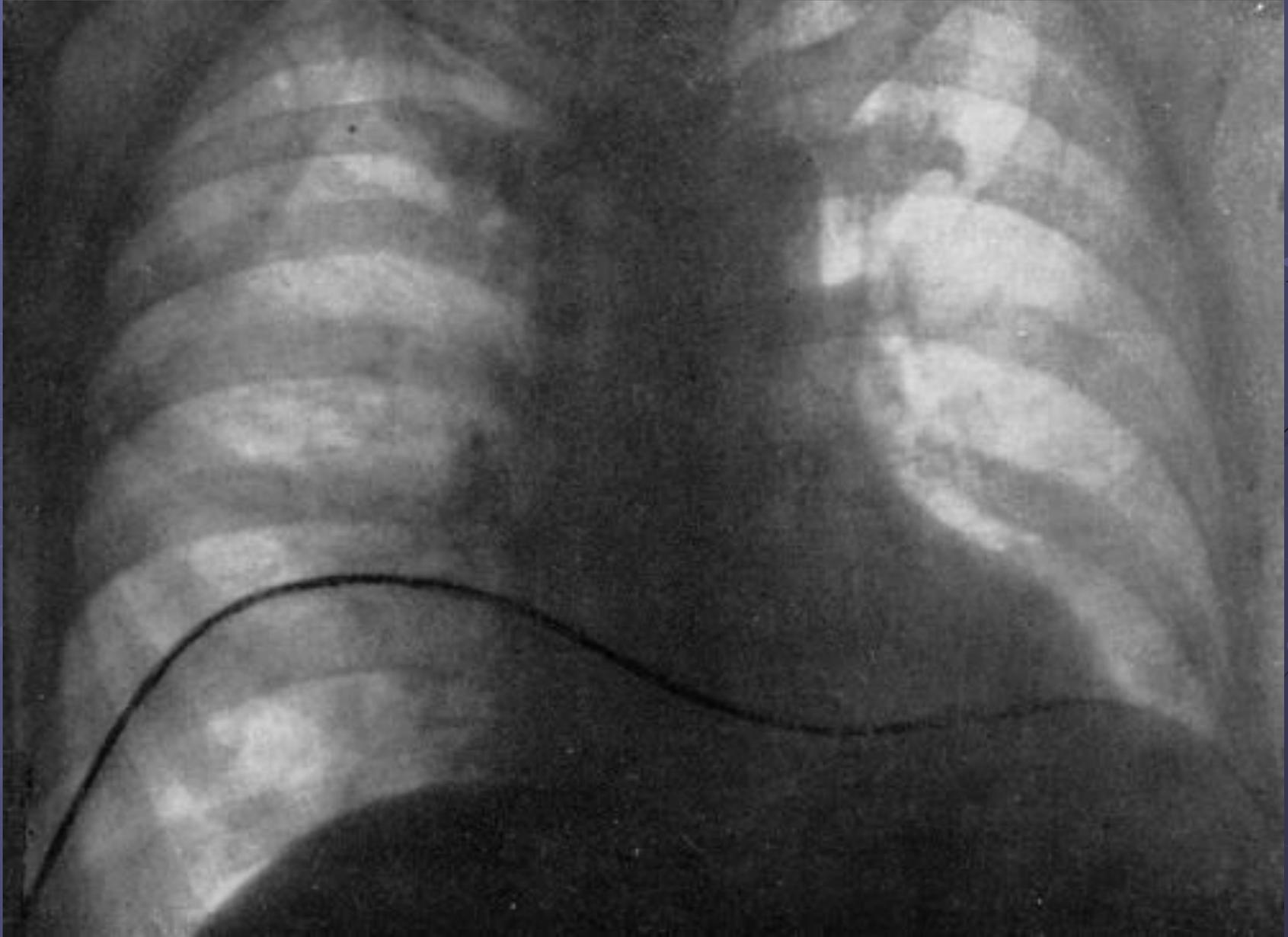




**«Серп» газа
(указан
стрелкой) под
куполом
диафрагмы
(обзорная
рентгенограмма).**

**Сиптом
Спижарного**

**«Серп» газа под куполом диафрагмы
(обзорная рентгенограмма грудной клетки).**



Прикрытая перфорация (perforatio tecta)- 5-8%

- **Симптом Ратнера-Виккера** – длительное, стойкое напряжение мышц брюшной полости в правом верхнем квадранте живота, при общем хорошем состоянии пациента.

Протокол диагностики в хирургическом стационаре

- В приёмном отделении больного с подозрением на прободную язву врач должен осматривать в первую очередь.
- Проводят термометрию тела, необходимые лабораторные исследования (группа крови, Rh-фактор, глюкоза плазмы крови и др.), определяют количество лейкоцитов в крови.
- Во всех случаях регистрируют ЭКГ для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда.
- Выполняют обзорную рентгенографию брюшной полости в целях обнаружения свободного газа. Если позволяет состояние больного, исследования проводят в вертикальном положении, если нет — в боковой позиции.
- Помимо больных с подтверждённым диагнозом перфоративной гастродуоденальной язвы в хирургическое отделение госпитализируют пациентов с сомнительной клинической симптоматикой.
- В хирургическом отделении диагноз прободной язвы должен быть окончательно подтверждён или отвергнут. Для этого может быть использована лапароскопия. При невозможности её выполнения либо при наличии бесспорных признаков перитонита, причина которого неясна, прибегают к диагностической среднесрединной лапаротомии.

Тактика лечения прободных язв

Консервативное лечение – в исключительных случаях, когда нет операционной, отказе больного от операции, при тяжёлой сопутствующей патологии.

Метод Тейлора – назогастральная интубация с активной аспирацией из желудка+противоязвенная терапия+инфузионная и антибактериальная терапия.

Оперативное лечение- ведущий метод

Выбирая способ хирургического вмешательства, следует иметь в виду, что главная цель операции заключается в спасении жизни больного.

Выбор метода операции при прободных гастродуоденальных язвах

1. При прободных язвах 12-перстной кишки и пилорического канала:

а) В первые 6 часов – стволовая ваготомия с пилоропластикой.

б) позже 6 часов, при перитоните- ушивание язвы и лечение перитонита.

2. При прободной язве желудка:

а) В первые 6 часов- резекция желудка.

б) позже 6 часов, при перитоните- ушивание.

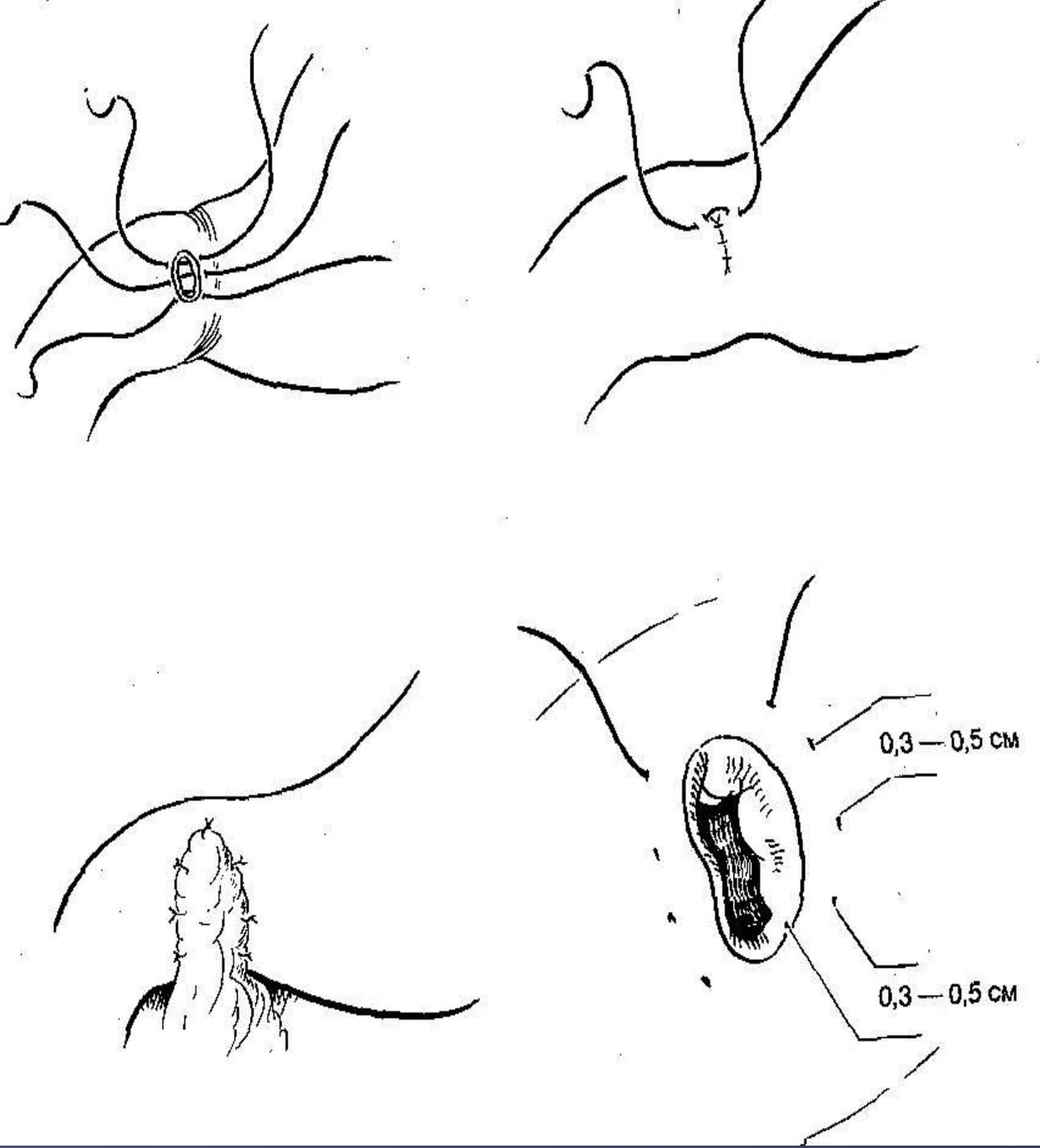
Ушивание перфоративной язвы

- 1- Необходимо убедиться в отсутствии пилородуоденального стеноза и кровотечения из язвы.
- 2- Показано при разлитом перитоните.
- 3- Ушивание проводят в поперечном направлении, чтобы не сузить просвет 12-перстной кишки.
- 4- При больших перфорационных отверстиях-оментопластика по Оппелю-Поликарпову.

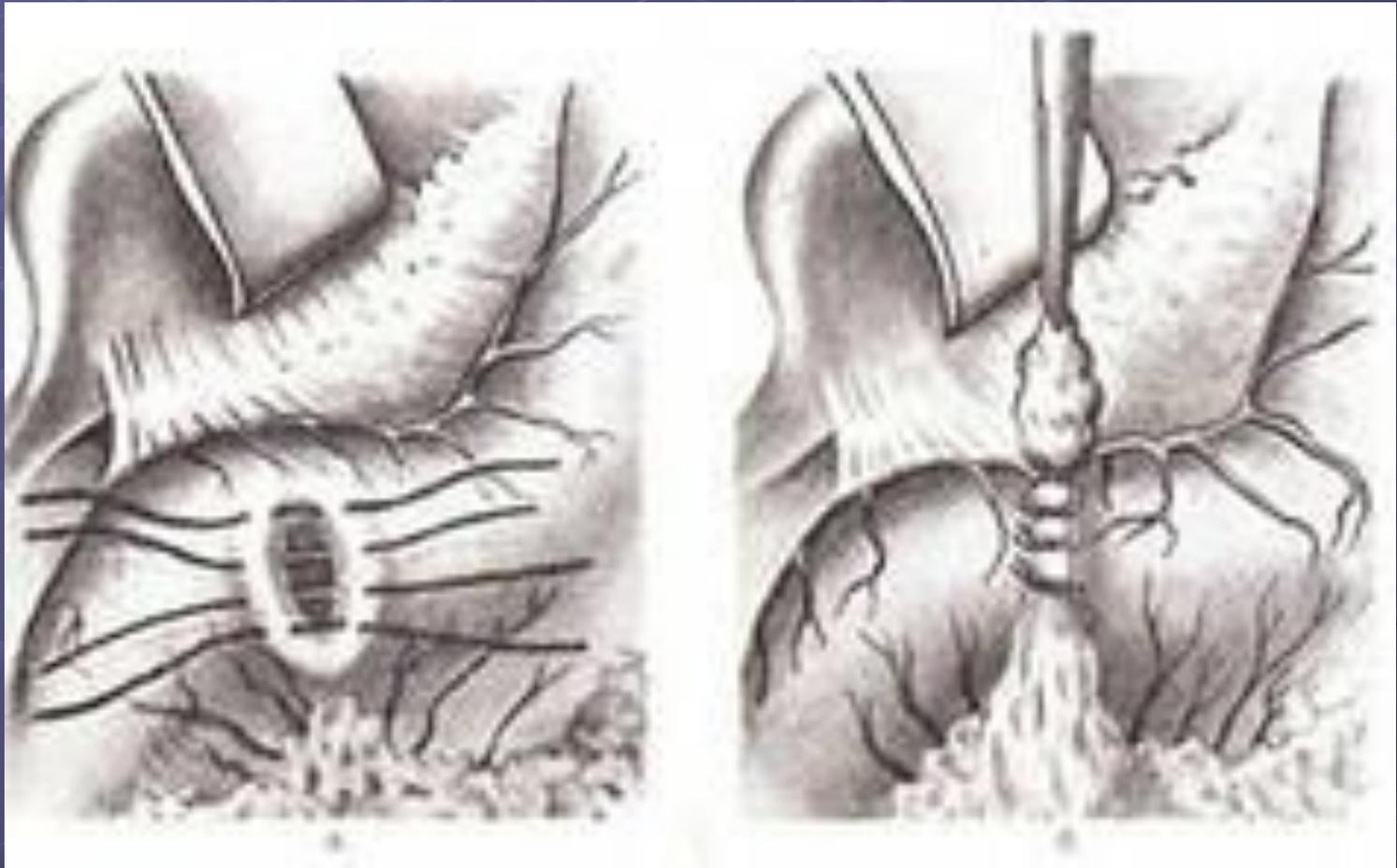
Ушивание перфоративных язв желудка является методом выбора:

- 1- У молодых людей (до 25-30 лет) , «юношеские язвы»;**
- 2- у больных с остро возникшими язвами без язвенного анамнеза;**
- 3 – в пожилом и старческом возрасте;**
- 4- при тяжёлом состоянии больного и наличии тяжёлых сопутствующих заболеваний, препятствующих проведению резекции желудка;**
- 5- в поздние сроки после операции (позже 6 часов) и наличии перитонита.**





**Рис.
Методика
ушивания
перфоратив-
ной язвы
(этапы
операции).**



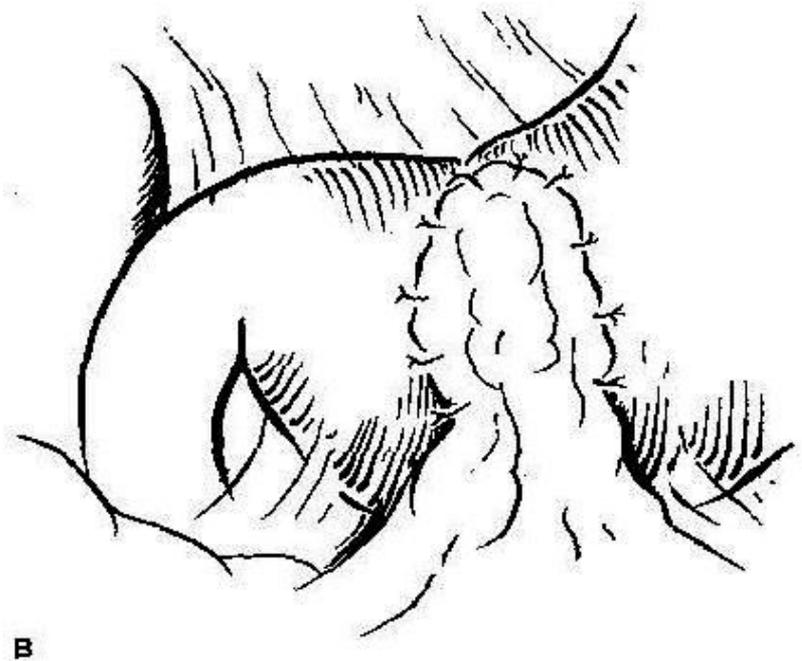
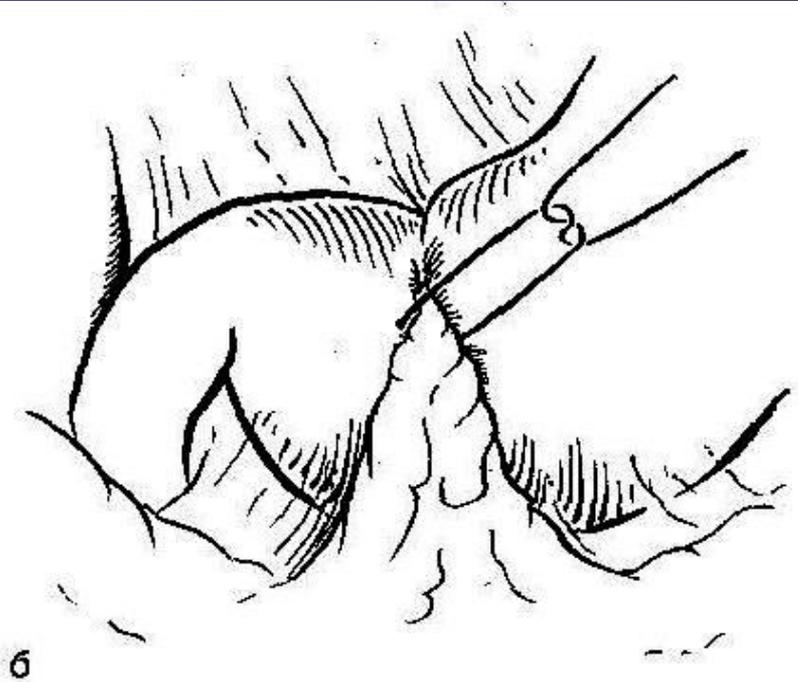
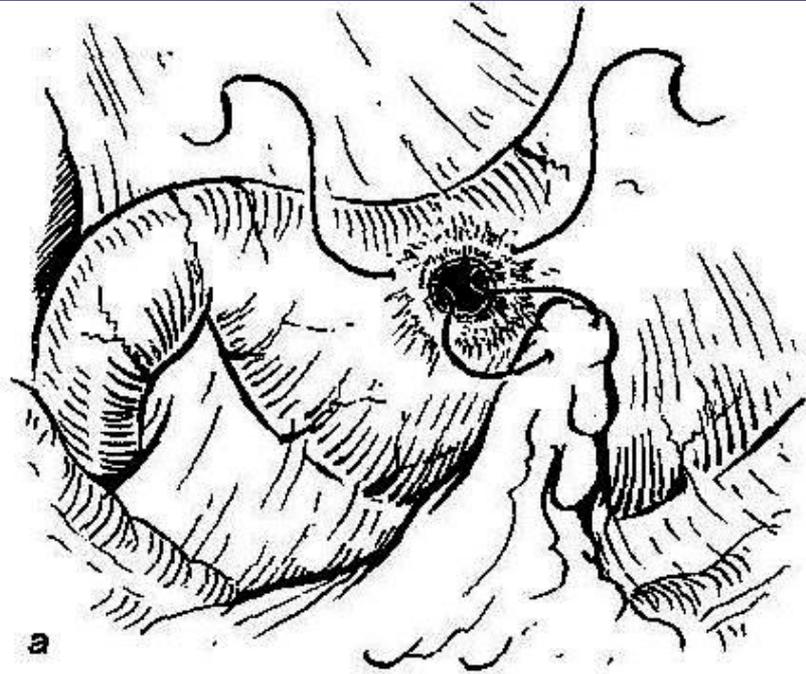
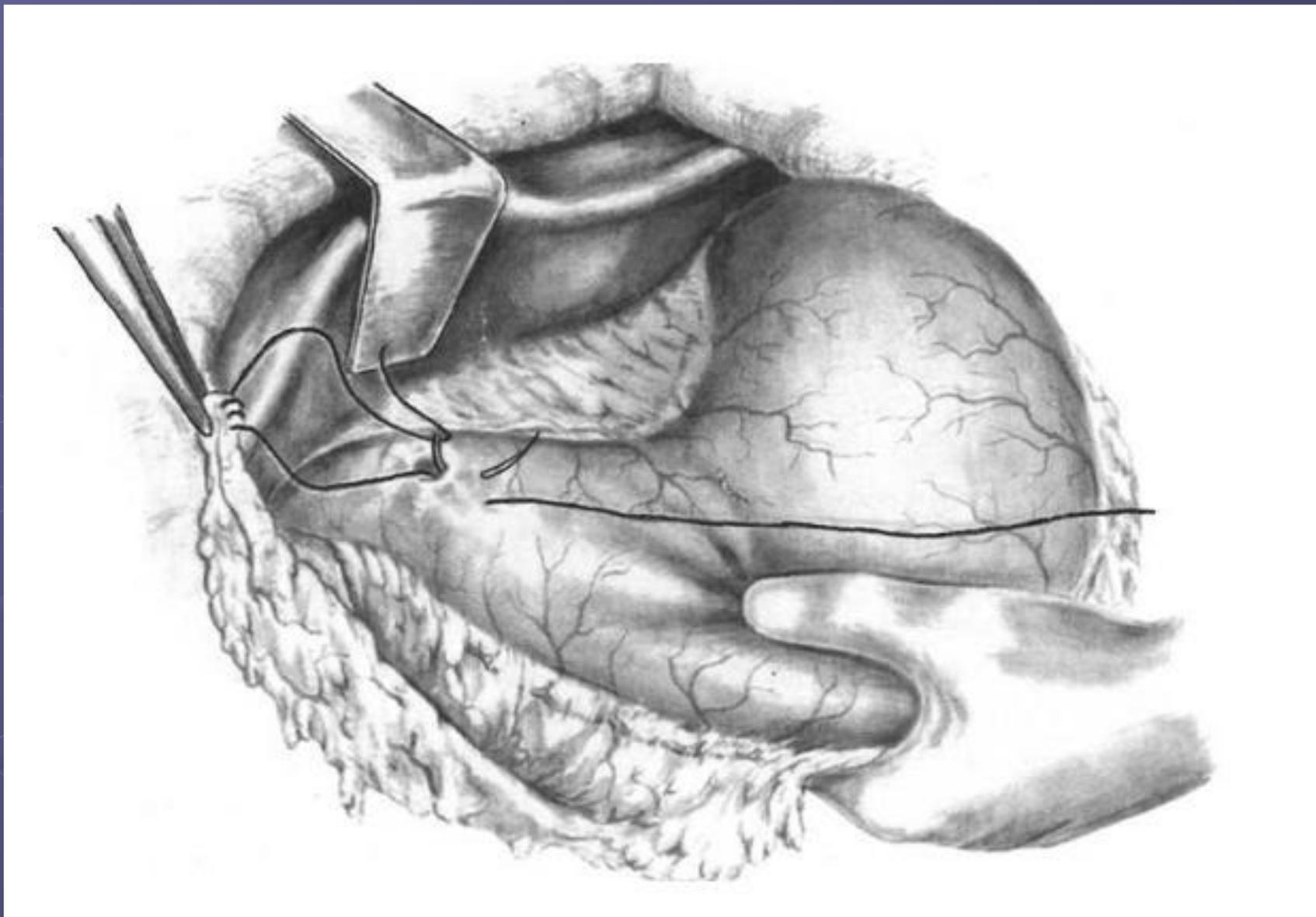


Рис. Ушивание больших перфоративных язв по Ошелю-Поликарпову.

а, б, в — этапы операции.

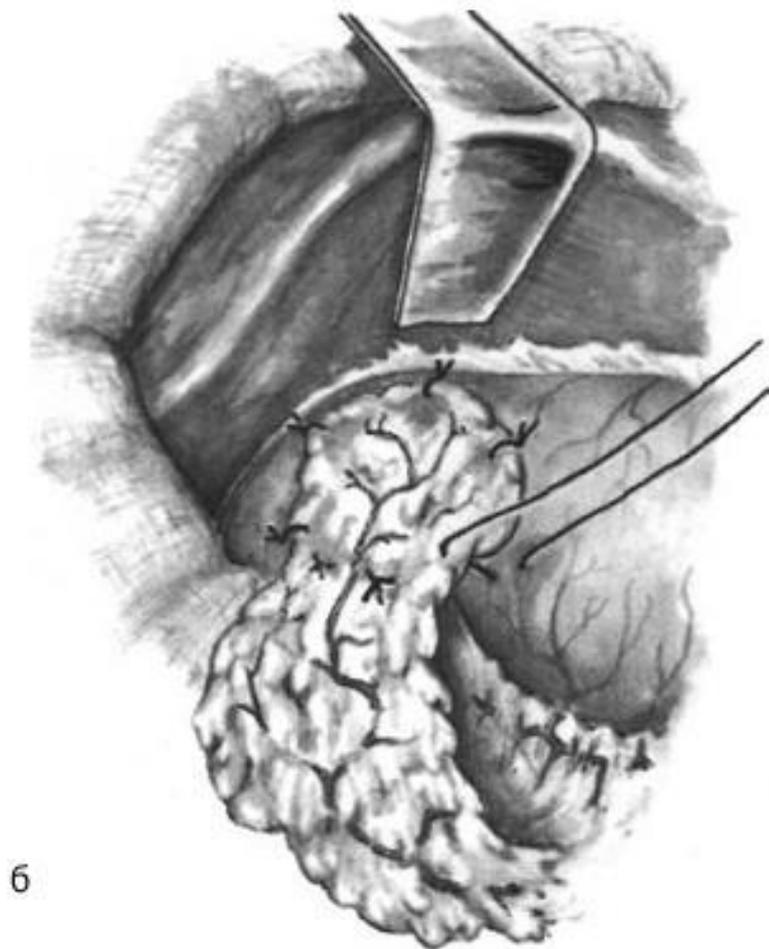
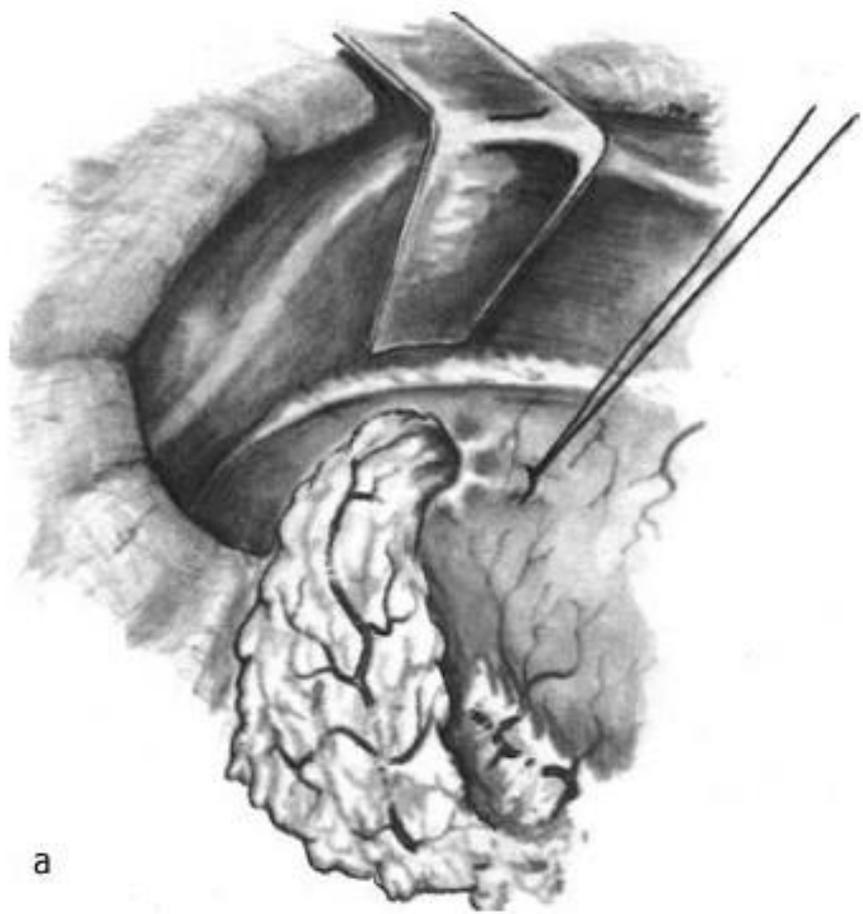
в

*Ушивание перфоративной язвы по Оппелю -
Поликарпову. Проведение шва через край прободного
отверстия.*



**Ушивание перфоративной язвы
по Оппелю - Поликарпову:**

**а) фиксация сальника в прободном отверстии; б)
подшивание сальника вокруг прободного отверстия.**



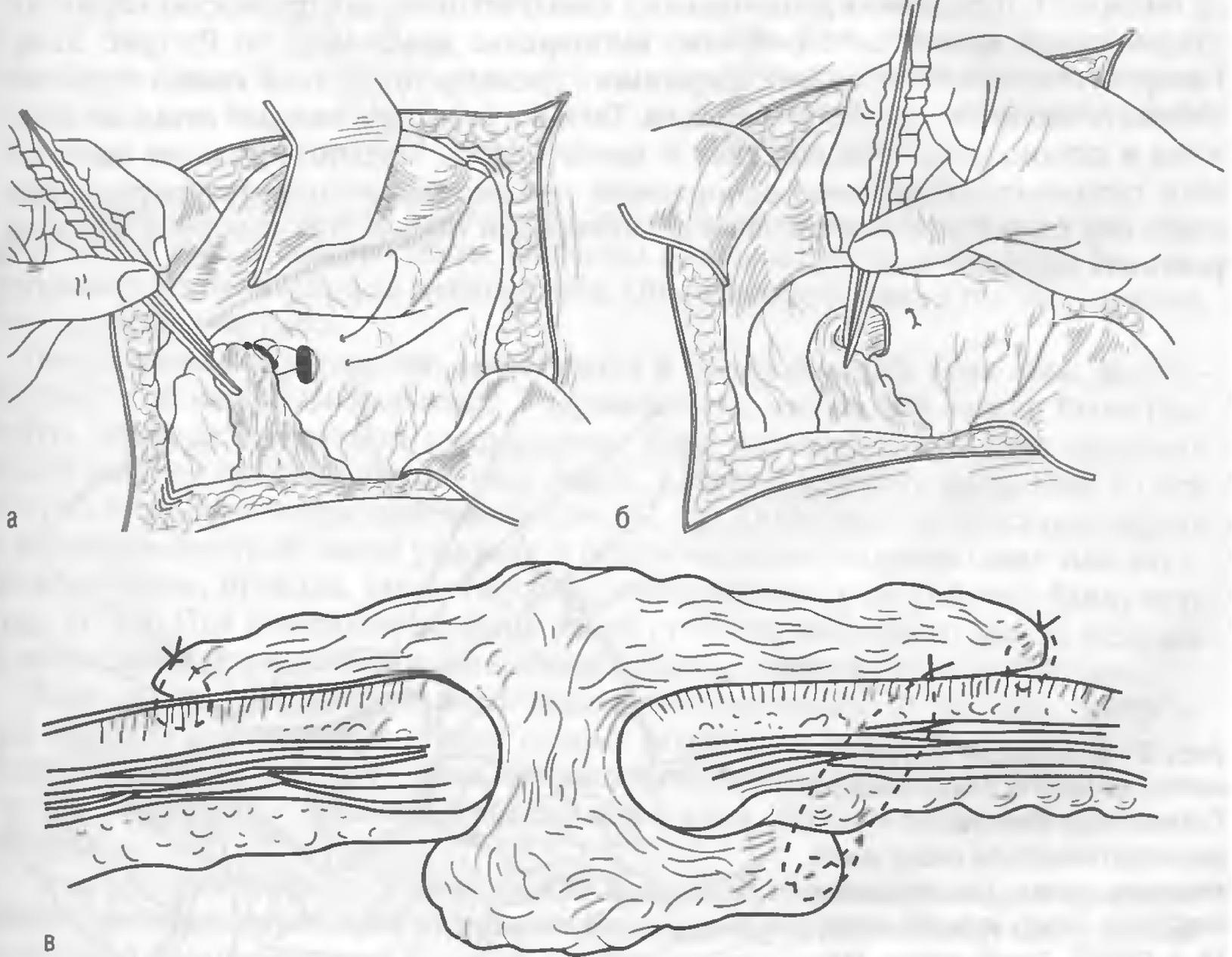
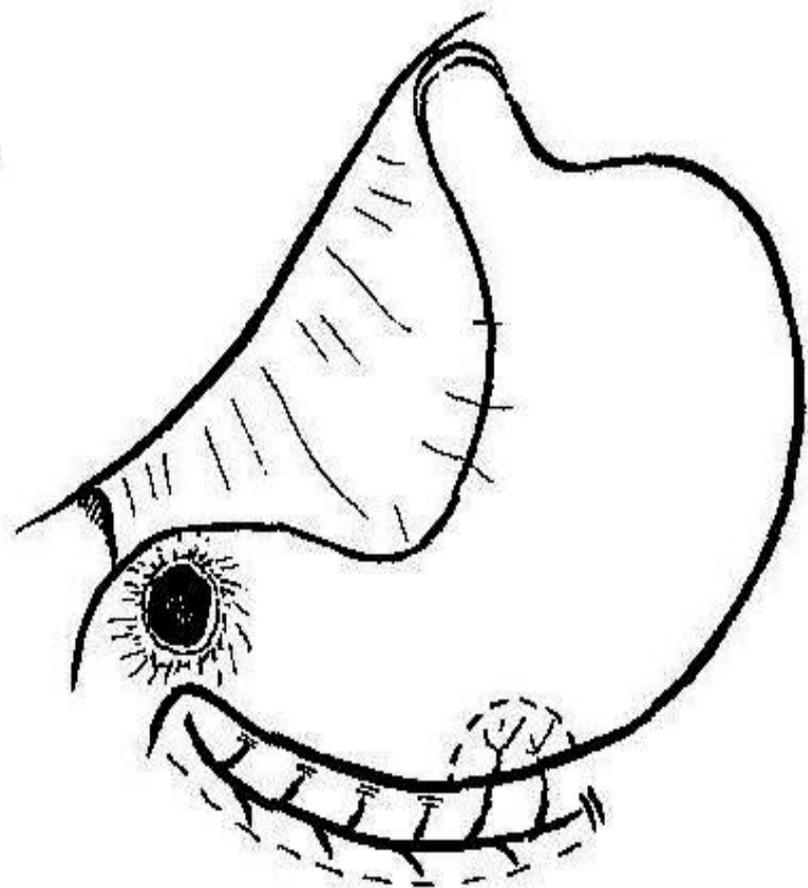
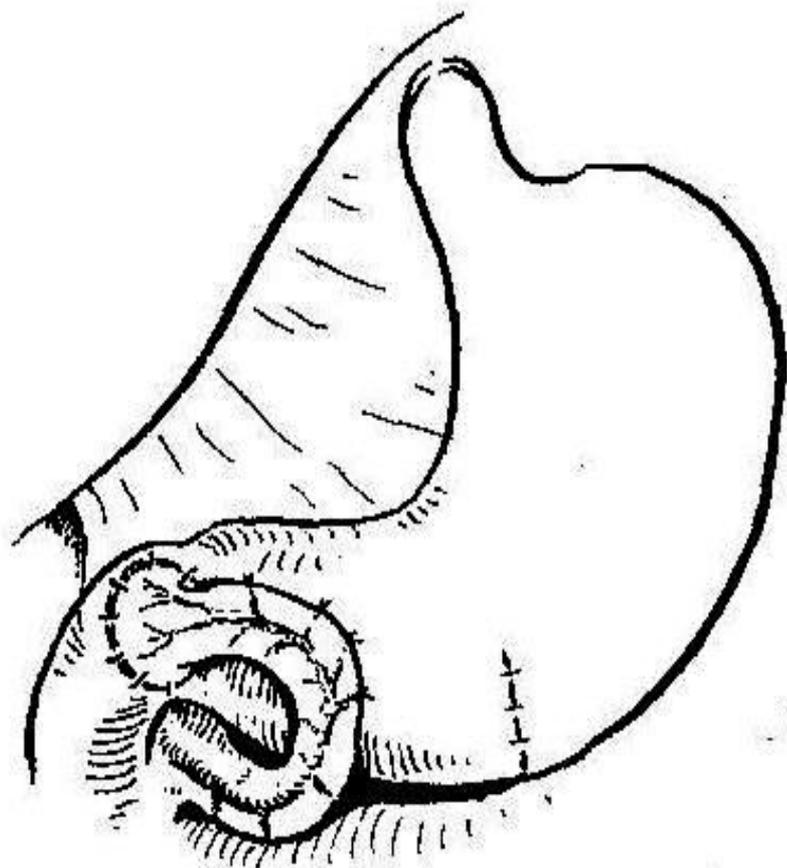


Рис. 51-4. Ушивание прободной язвы по Поликарпову: а, б — тампонада перфорации прядью большого сальника; в — фиксация сальника в окружности язвы отдельными швами приводит к герметизации ушитой язвы.



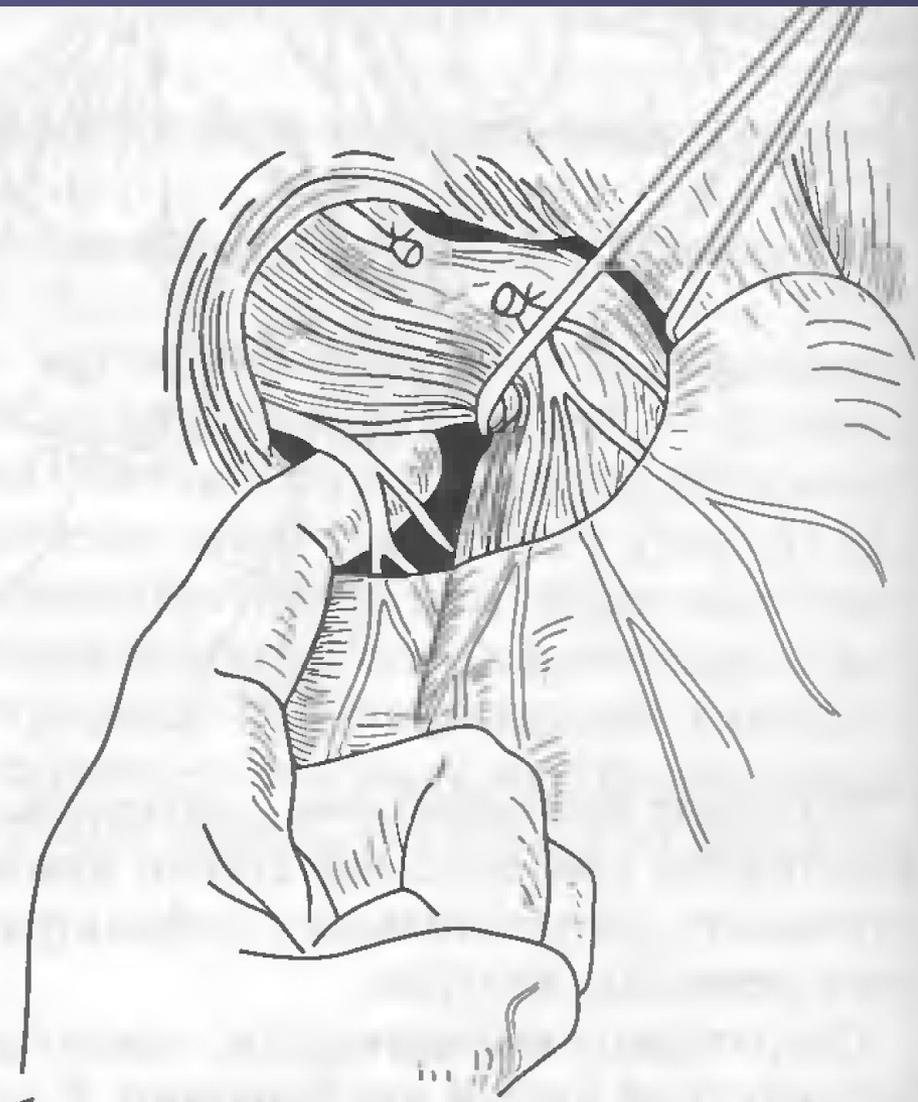
а



б

Рис. Укрытие больших перфоративных язв серозно-мышечным лоскутом желудка на сосудистой ножке, предложенное В. Г. Вальтером и соавт. (1974).

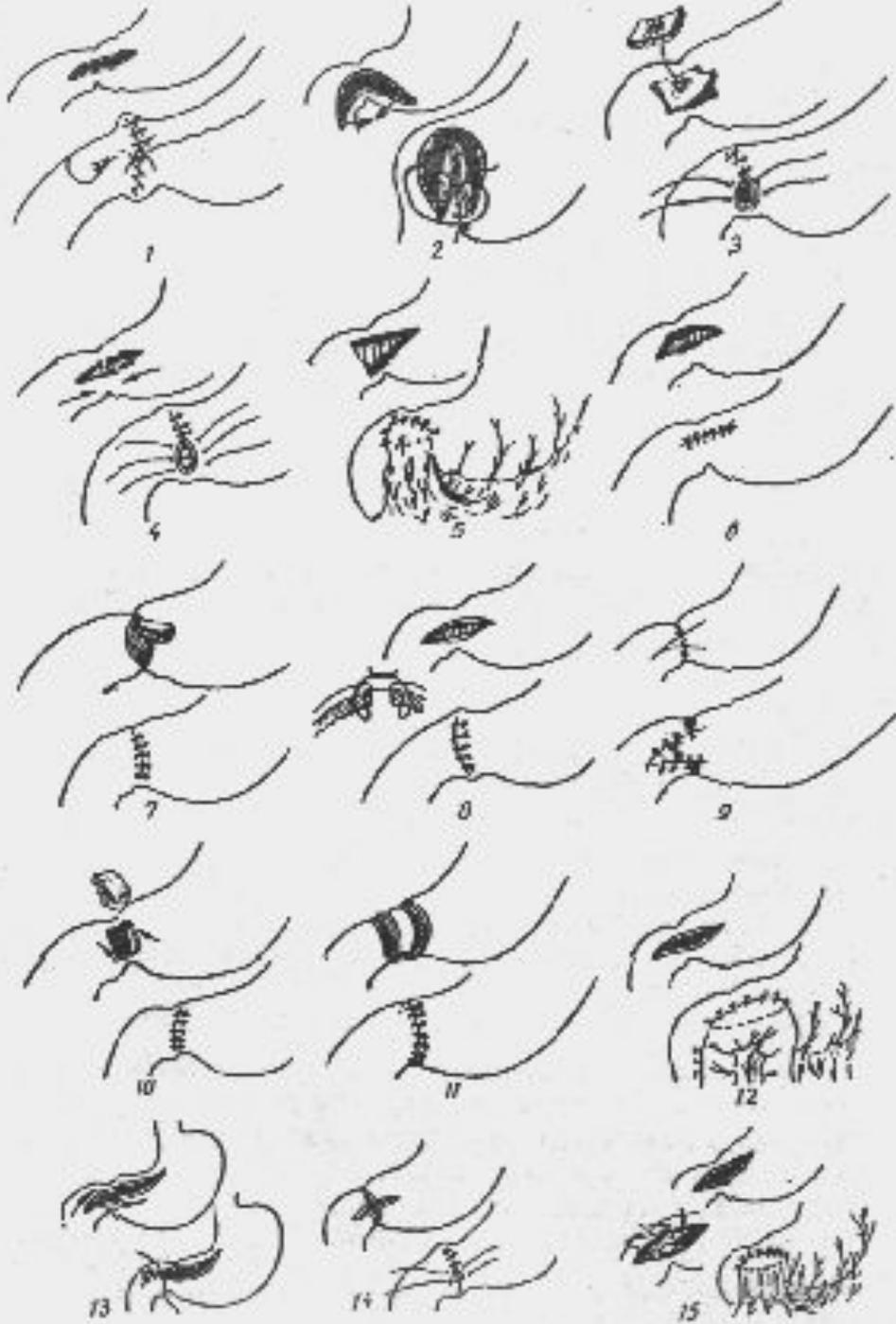
а, б — этапы операции.



а

б

Рис. 51-8. Стволовая ваготомия: а — мобилизация абдоминального отдела пищевода после рассечения пищеводно-диафрагмальной связки; б — передний (левый) блуждающий нерв пересечён, правый выведен из клетчатки позади пищевода.



Виды пилоропластик

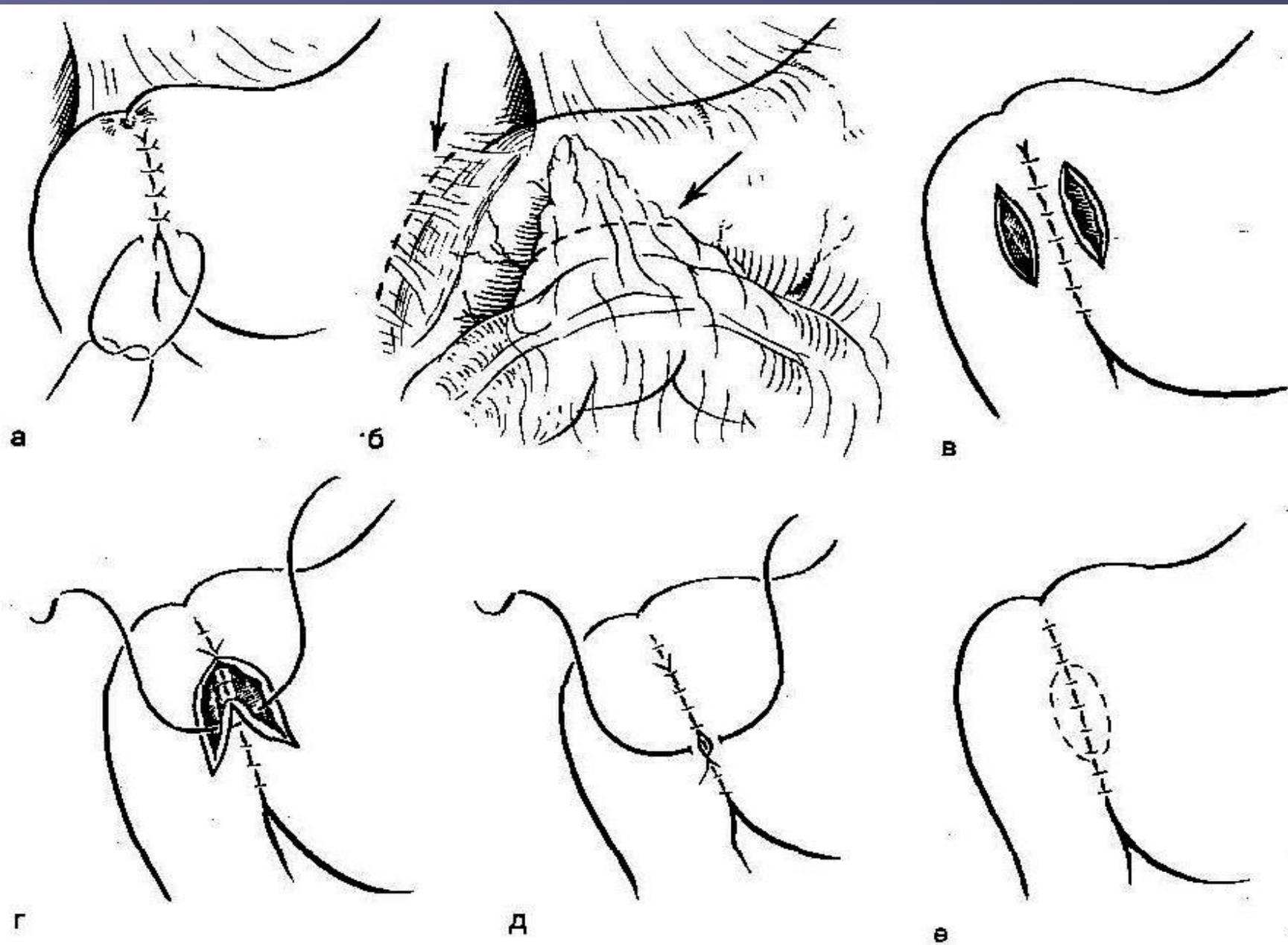


Рис. Формирование гастродуоденоанастомоза по Жабуле.
 а, б – начальные этапы операции; в, г, д, е – завершение гастродуоденостомии.

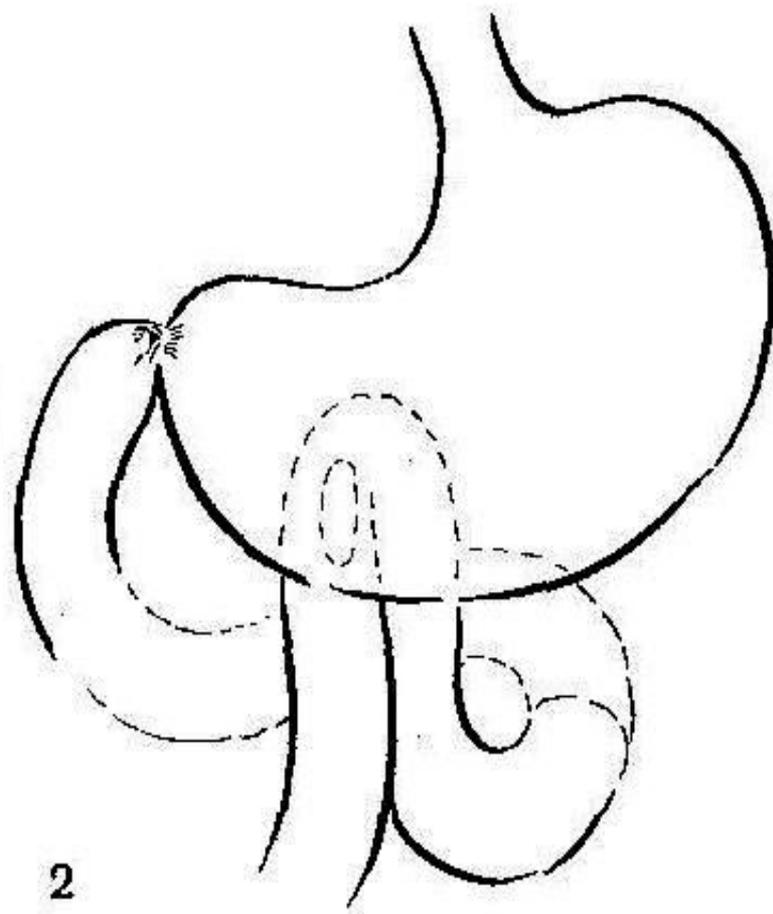
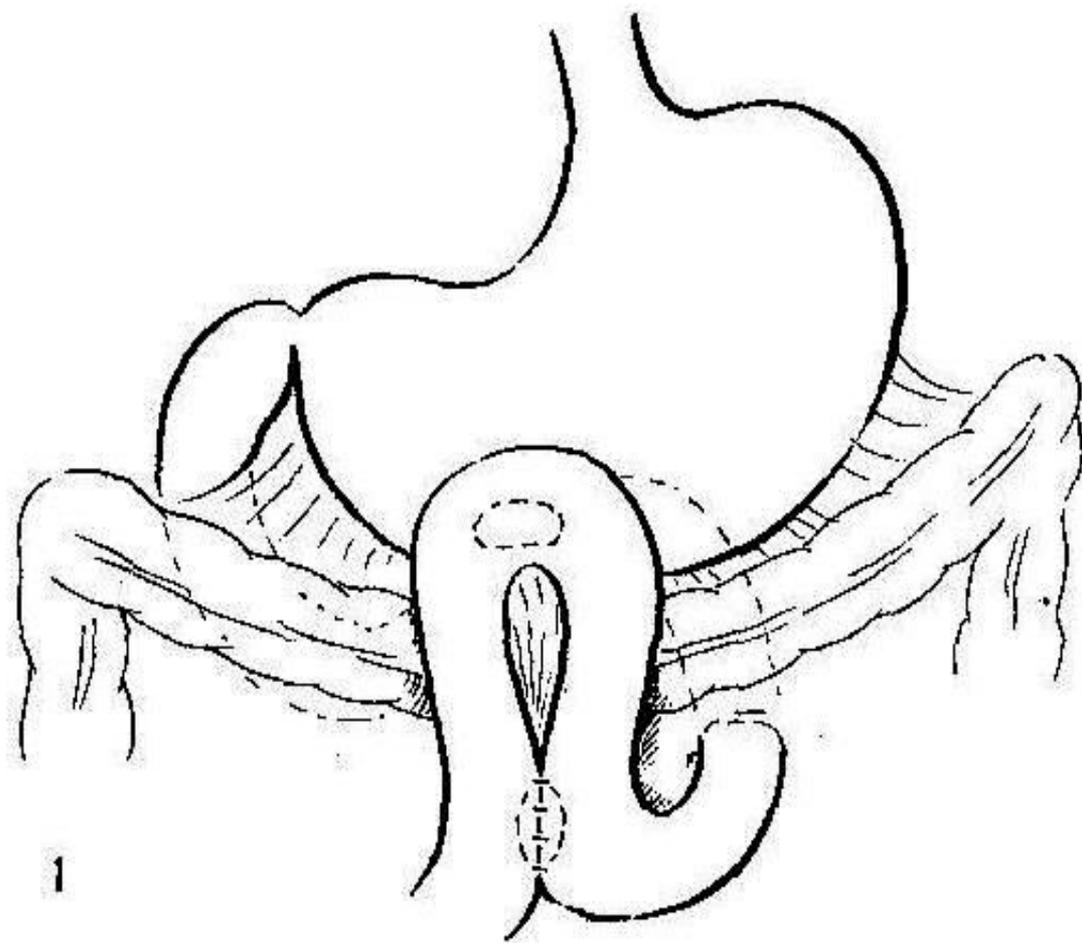
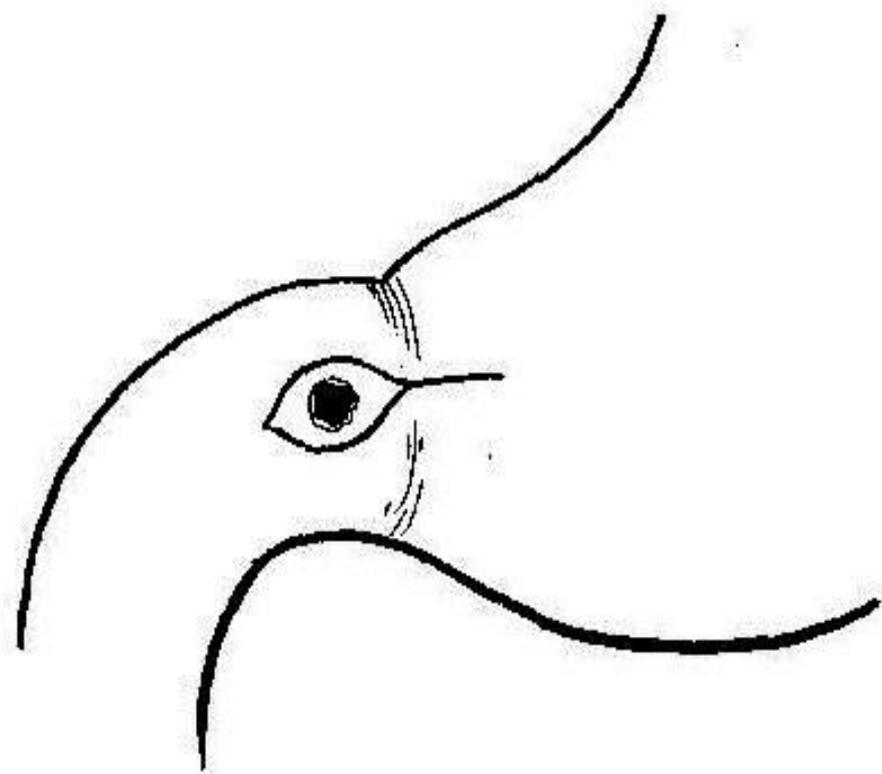
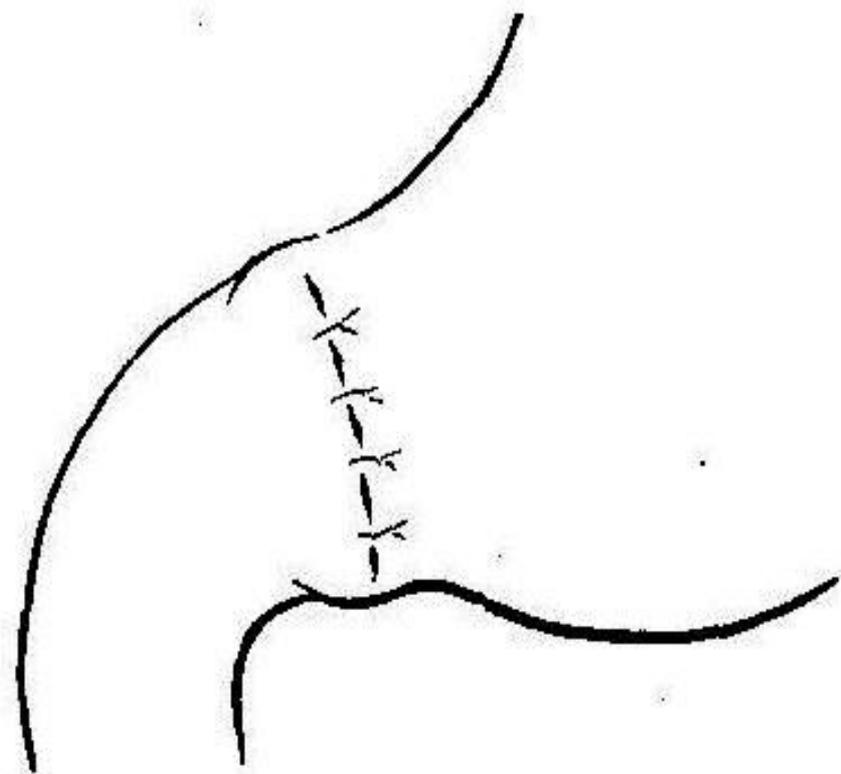


Рис. 1 Гастроэнтеростомия по Вельфлеру-Брауну.

Рис. 2 Гастроэнтеростомия по Гаккеру-Петерсену.



а

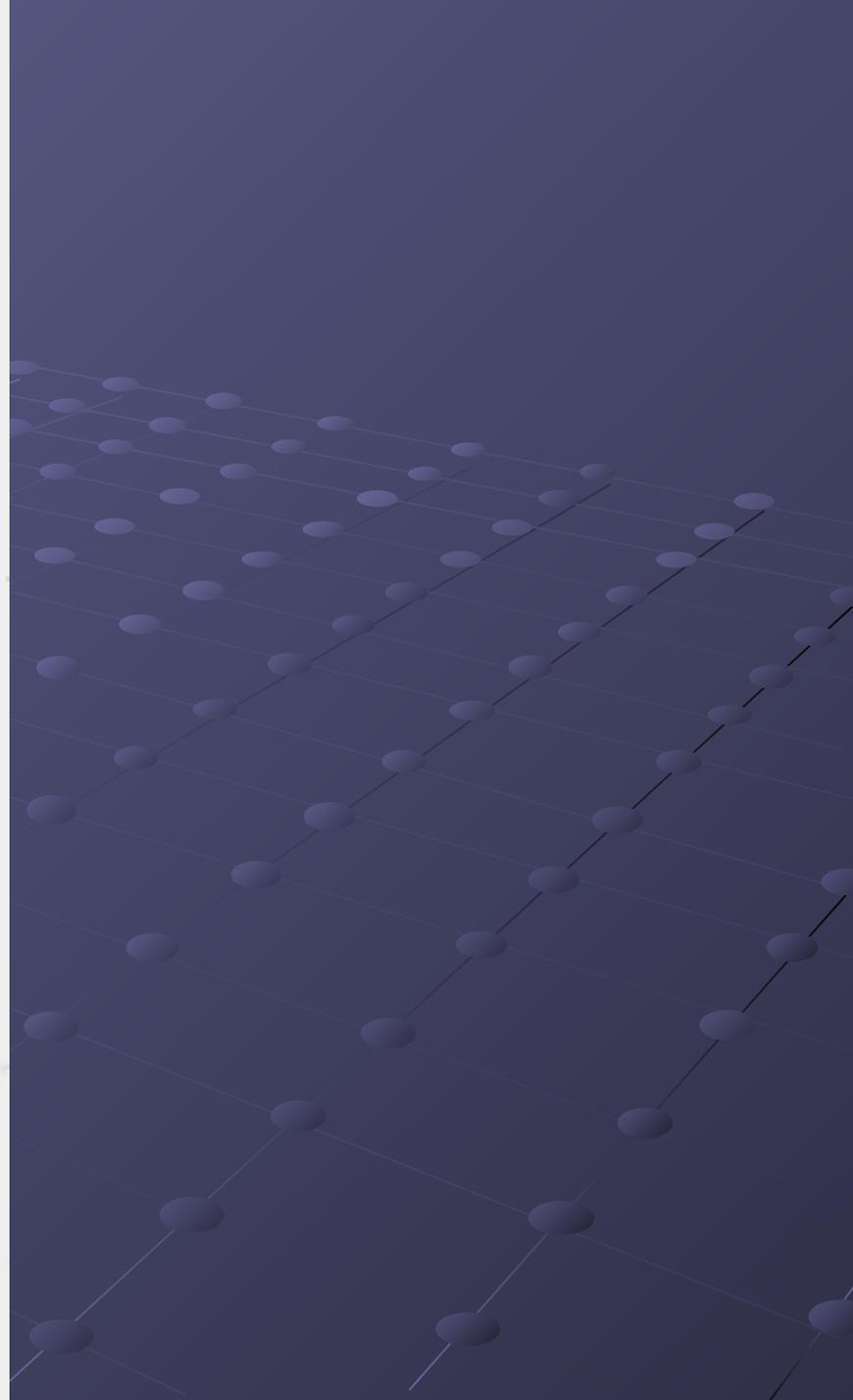
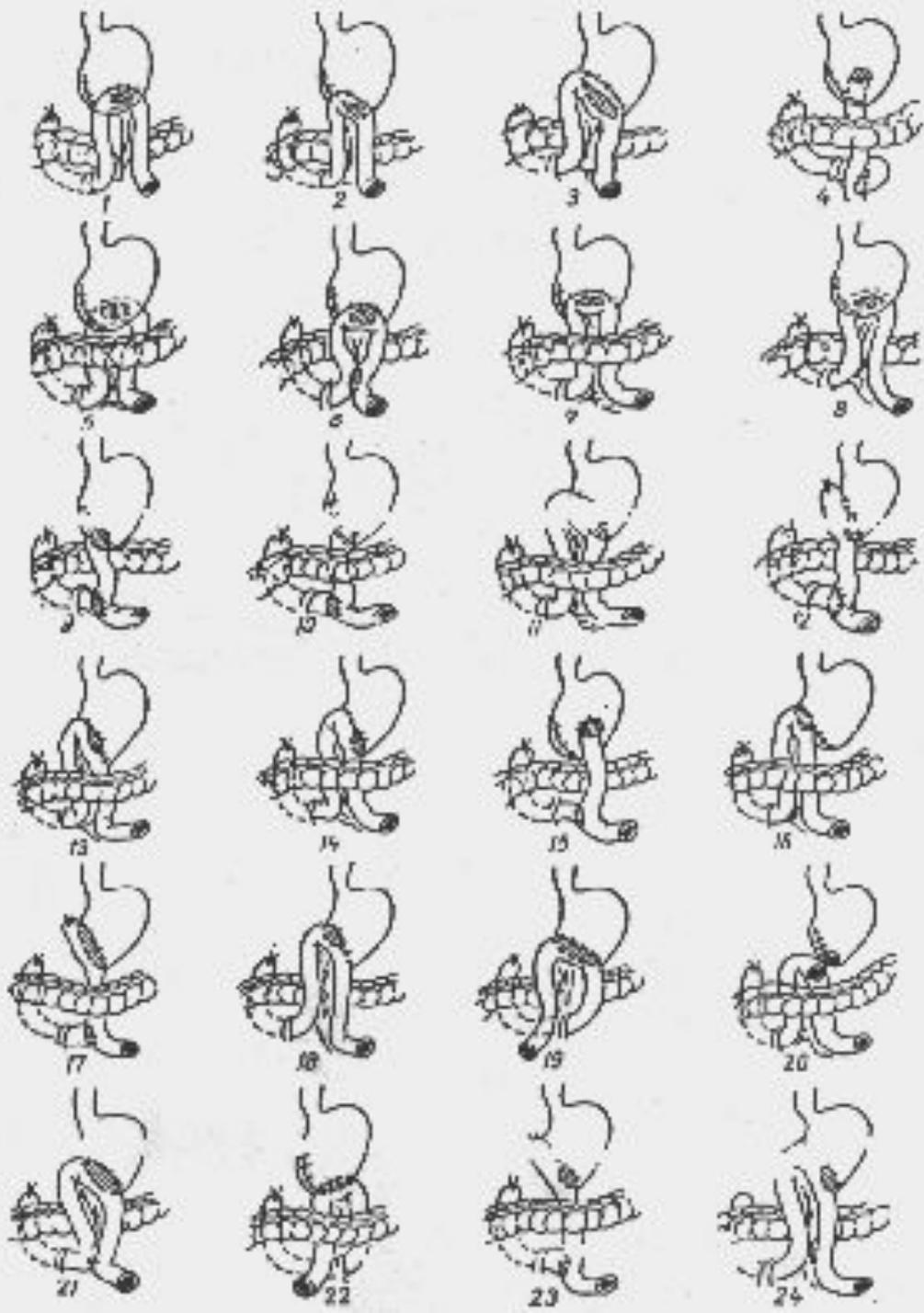


б

Рис. Пилоропластика по Джадду.
а, б—этапы операции.

Показания к первичной резекции желудка при прободной язве

- 1- Наличие абсолютных показаний к резекции (стеноз, подозрение на малигнизацию язвы, профузное кровотечение).
- 2- Наличие относительных показаний к резекции желудка (пенетрирующие, каллёзные язвы, язвы антрального отдела и большой кривизны, повторно кровоточащие язвы, неэффективность консервативного лечения).
- 3- при наличии времени с момента перфорации не превышает 6 часов.



Список литературы

1. Гостищев В.К. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Головин // Хирургия. — 2009. — № 3. — С. 1016.
2. Кузин М.И. Ваготомия вчера и сегодня / М.И. Кузин // Материалы XXX Всесоюзного съезда хирургов. — Минск, 1983. — С. 237241.
3. Лупальцов В.И. Перфоративная гастродуоденальная язва / В.И. Лупальцов. — Х.: Основа, 2003. — 238 с.
4. Лупальцов В.И. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: хирургическое лечение / В.И. Лупальцов. — К.: ЛигаИнформ, 2009. — 133 с.
5. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии / Ю.М. Панцырев. — М.: Медицина, 1993. — 327 с.