

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

Кафедра факультетской им. проф. Ю. М. Лубенского

Зав. Кафедрой:

д.м.н., доцент Здзитовецкий

Д.Э.

Реферат

«Прободная язва желудка и ДПК. Тактика хирурга.»

Выполнил:

ординатор Удера А. Р.

Красноярск 2022 год

Оглавление.

1.Определение.

2.Клиническая картина.

3.Диагностика.

4.Методы лечения.

5.Профилактика.

6.Реабилитация.

7.Список литературы.

Язва желудка с прободением или язва двенадцатиперстной кишки с прободением – острое хирургическое заболевание, возникающее в результате сквозного разрушения стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в зоне язвы.

Этиология и патогенез

Наличие острой или хронической язв желудка или двенадцатиперстной кишки; наличие

Helicobacter pylori (*H. pylori*). Инфекционная этиология язвенной болезни подтверждается в среднем у 60–70% больных. Факторы риска развития прободной язвы многообразны, но не всегда имеют доказательную базу.

Классификация

В России наиболее простой и удобной для практического использования является классификация ПЯ, предложенная В.С. Савельевым в 2005г. Основные классификационные характеристики ПЯ по В.С. Савельеву, с дополнениями 2015 года:

1. По этиологии: прободение хронической и острой язвы (гормональной, стрессовой или др.);
2. По локализации:
 1. язвы желудка (с указанием анатомического отдела);
 2. язвы двенадцатиперстной кишки (с указанием анатомического отдела);
1. По клинической форме:
 1. прободение в свободную брюшную полость (типичное, прикрытое);
 2. атипичное прободение (в сальниковую сумку, малый или большой сальник – между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость);
 3. сочетание прободения с другими осложнениями язвенного процесса (кровотечение, стеноз, пенетрация, малигнизация);

Клиническая картина

Характерными клиническими признаками ПЯ является:

1. острое начало заболевания с «кинжальной» болью в животе;
2. «доскообразное» напряжение мышц живота,
3. боль при пальпации живота, предшествующий язвенный анамнез.

Положение больного вынужденное с согнутыми коленями, боль усиливается при движении, страдальческое выражение лица, кожные покровы бледные, губы цианотичны, сухость слизистой рта и губ, черты лица заострены, конечности холодные.

Артериальное давление снижено на 5-10%, пульс замедлен (симптом Грекова), дыхание частое, поверхностное.

Передняя брюшная стенка напряжена («доскообразное» напряжение) (92%), в первый час заболевания отмечается резкая боль в эпигастрии и мезогастрии – 92% .

В первый час заболевания появляются положительные симптомы раздражения брюшины: Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского – 98%.

При перкуссии живота появляется резкая боль. Можно установить исчезновение печеночной тупости (симптом Clark) и появление высокого тимпанита над печенью (симптом Спигарного) – 37%. При наличии жидкости в нижних и боковых отделах живота определяются притупление или тупость перкуторного звука (симптом DeQuervén).

При аускультации живота может быть выявлена «триада Guiston»: распространение сердечных тонов до уровня пупка; перитонеальное трение, аналогичное шуму трения пленки в подреберной или надчревной области; металлический звон или серебристый шум, появляющийся при вдохе, обусловленный выходом пузырьков газа из желудка.

Боль в животе менее выражена при перфорации язв задней стенки двенадцатиперстной кишки и кардиального отдела желудка, когда его содержимое попадает в забрюшинную клетчатку или сальниковую сумку.

Диагностика

Жалобы и анамнез

- При опросе больного рекомендовано обратить внимание на наличие симптома Dieulafoy (острую «кинжальную» боль в животе (95%)) .

Лабораторная диагностика:

1. *определение общего анализа крови и гематокрита,*

2. биохимический анализ крови, включая глюкозу, билирубин, креатинин, амилазу крови,
3. определение группы крови и Rh-фактора,
4. кардиолипидовая реакция (кровь на RW),
5. исследование крови на ВИЧ-инфекцию,
6. длительность кровотечения, свертываемость,
7. ПТИ (протромбин по Квику, МНО),
8. анализ мочи (физико-химические свойства, микроскопия осадка).

Инструментальная диагностика

- Рекомендовано проведение компьютерной томографии (КТ) брюшной полости, так как данное исследование имеет высокую диагностическую точность при прободной язве - 98%.
- Рекомендовано проведение ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости для выявления свободного газа (точность - 75%) и свободной жидкости (точность - 95%) в брюшной полости в случае невозможности проведения КТ.
- В случае невозможности проведения КР **рекомендуется** рентгенография брюшной полости для обнаружения свободного газа в брюшной полости .
- С целью выявления характерного перитонеального экссудата с примесью желудочного содержимого, визуализации перфоративного отверстия, уточнения его локализации, размеров, выраженности и размеров язвенного инфильтрата, оценки состояния стенок желудка и ДПК, оценки наличия, распространенности и выраженности перитонита, выявления сопутствующих заболеваний других органов брюшной полости рекомендовано проведение диагностической лапароскопии.
- Рекомендовано проведение фиброгастродуоденоскопии при отсутствии симптомов перитонита и при подозрении на прикрытую перфорацию язвы после проведения рентгенографии, УЗИ, КТ и при установленном диагнозе в целях детализации диагноза, диагностики осложненного течения язвенной болезни.

Дифференциальная диагностика.

Прободную язву желудка и двенадцатиперстной кишки чаще всего приходится дифференцировать от острых хирургических заболеваний других органов брюшной полости, сопровождающихся резким болевым синдромом или развитием перитонита. Это прежде всего: острый холецистит и печеночная колика, острый панкреатит, прободный рак желудка, острая кишечная непроходимость, острый аппендицит, острое расширение, заворот желудка и другие.

Прободный рак желудка. Проявляется такой же клинической картиной, как и перфоративная язва. В отличие от последней для рака желудка характерны более пожилой возраст больных, некоторые анамнестические данные до прободения опухоли (желудочные жалобы, общая слабость, похудание, снижение аппетита и др.). При пальпации живота может определяться опухолевидное образование. Заболеванию может предшествовать ахилический гастрит. Но в некоторых случаях и эти симптомы

могут отсутствовать, тогда правильный диагноз устанавливается при срочной гастроскопии или только во время операции.

При остром холецистите боли носят острый характер, но не достигают такой силы, как при перфоративной язве, локализуются в правом подреберье и иррадируют в правое плечо и лопатку. Наблюдаются частая рвота, высокая температура. Характерно повторение подобных приступов болей или желтухи в прошлом. При холецистите редко наблюдается “доскообразное” напряжение мышц живота, нередко пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь.

Резкими болями в правом подреберье сопровождается печеночная колика при желчно-каменной болезни, но в отличие от прободной язвы боли при ней носят схваткообразный характер, быстро купируются применением спазмолитических средств, отсутствуют перитонеальные явления и воспалительные реакции (повышение температуры, лейкоцитоз в крови).

Острому панкреатиту свойственны резкие боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократная рвота. Отмечается вздутие живота, но отсутствует напряжение мышц передней брюшной стенки. Больные часто беспокойны, мечутся от болей. Имеется и ряд других симптомов (Мейо—Робсона, Воскресенского и др.), не характерных для прободной язвы. Высокие показатели диастазы мочи и амилазы крови, отсутствие свободного газа в брюшной полости позволяют исключить диагноз прободной язвы.

Острая кишечная непроходимость характеризуется сильными, но в отличие от прободной язвы не постоянными, а схваткообразными болями в животе и частой рвотой. При ней не наблюдается напряжения мышц, но отмечается вздутие, свойственны асимметрия живота, усиленная перистальтика кишечника. Анамнез заболевания, рентгенологические и другие исследования почти всегда дают возможность отличить кишечную непроходимость от перфоративной язвы.

Лечение

Консервативное лечение

- Не рекомендуется консервативное лечение ПЯ.

Хирургическое лечение

1. Ушивание прободного отверстия;
 2. Иссечение прободной язвы с возможной пилоропластикой и ваготомией;
 3. Резекция желудка.
- При гигантских прободных язвах, осложненных обширным плотным инфильтратом и внутренними свищами, чаще с ободочной кишкой, локализации язвы на задней стенке **рекомендуется** оперативное лечение разделить на 2 этапа:

1. 1й этап – экстренный – производится ушивание прободного отверстия независимо от локализации;
 2. 2й этап – плановый, выполняется резекция культи желудка или гастрэктомия, возможна резекция вовлеченных в воспалительный процесс органов.
- Если ушивание и тампонирование сальником перфоративного отверстия приводит к прорезыванию и несостоятельности наложенных швов, **рекомендуется** выполнение резекцию желудка.

Условия для резекции желудка:

- *компенсированное состояние больного;*
 - *владение хирургом методикой резекции желудка .*
 - При невозможности выполнить ушивание или иссечение прободной язвы, а также резекцию желудка, **рекомендуется** ввести в прободное отверстие дренаж, лучше Т-образный (18-20 номер по шкале Шарьера), герметизировать дренажный канал сальником, наружный конец трубки вывести через контрапертуру на переднюю брюшную стенку, эвакуировать экссудат и зашить рану передней брюшной стенки или сформировать лапаростому.
 - При прободной язве двенадцатиперстной кишки на фоне её стеноза **рекомендуется:** либо
- 1) ушить прободное отверстие с наложением обходного гастроэнтероанастомоза надлинной петле с межкишечным анастомозом;
- либо
- 2) иссечь язву с выполнением пилоропластики по Финнею и двухстороннейподдиафрагмальной стволовой ваготомией;
- либо
- 3) выполнить резекцию желудка.

ой связки.

Малоинвазивное лечение

Лапароскопические операции при прободной язвы выполняются в 7% - 12%. В последние годы количество таких операций в отдельных клиниках колеблется от 46% до 92%. В основном выполняется ушивание ПЯ .

Показания:

1. локализация прободного отверстия на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки;
2. небольшие размеры язвенного дефекта.

Противопоказания:

1. труднодоступная локализация язвы;
2. большой диаметр прободного отверстия;
3. подозрение на малигнизацию язвы;
4. каллезная язва;
5. перифокальное воспаление стенки органа до 10 мм. 5. Вторичный разлитой гнойный перитонит, тяжёлый сепсис;
6. наличие сопутствующих заболеваний и состояний, препятствующих наложению карбоксиперитонеума.

Преимущества: уменьшение болевого синдрома, уменьшение послеоперационных осложнений, уменьшение сроков лечения в стационаре.

Недостатки: напряжённый карбоксиперитонеум.

Условия для лапароскопической операции:

1. наличие оборудования и инструментария;
2. владение хирургом техникой выполнения лапароскопических операций.

Частота конверсий при лапароскопическом ушивании прободной язвы находится в диапазоне 0 - 29%. Наиболее распространенные причины конверсии:

1. размер прободного отверстия более 10 мм;
 2. труднодоступная локализация язвы;
 3. сомнения в надёжности швов в зоне инфильтрации.
- Лапароскопически или лапароскопически ассистированно **рекомендуется** выполнять ушивание прободного отверстия при диаметре до 5мм и локализации его на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки узловыми однорядными швами.

Комментарии:

Лапароскопически ассистированное ушивание прободной язвы включает:

1. этап диагностической лапароскопии, удаление выпота и санацию брюшной полости;
2. этап минилапаротомии и ушивание прободного отверстия, ушивание минидоступа;
3. этап лапароскопической санации.

Условия применения метода:

1. наличие оборудования и инструментария;
2. владение хирургом техникой выполнения лапароскопически ассистированного ушивания прободной язвы.

С учетом лучших клинических и экономических результатов, полученных в России и за рубежом, следует настойчиво внедрять лапароскопические и лапароскопически ассистированные операции на желудке при прободной язве в практическую хирургию.

- **Не рекомендуется** использовать лапароскопическое лечение у больных с 2-3 баллами по шкале Боеу.

Послеоперационное лечение

- После ушивания и иссечения прободной язвы без ваготомии, в первые сутки после операции, **рекомендуется** применить инъекционные формы ингибиторов протонной помпы.
- В послеоперационном периоде рекомендуется проведение комплексной противоязвенной терапии.
- После операции по поводу прободной язвы, при наличии тяжелых форм распространенного перитонита у пациентов, **рекомендуется** лечить в условиях реанимационного отделения.

Реабилитация

- Больным, перенесшим ушивание или иссечение прободной язвы, **рекомендуется**:
 1. ограничение физической нагрузки в течении 1 месяца;
 2. лечебная питание Стол №1.

Профилактика

- Больным, перенесшим ушивание или иссечение прободной язвы, **рекомендуется**:
 1. диспансерное наблюдение у участкового врача-терапевта, врача общей практики или врача-гастроэнтеролога по месту жительства;
 2. курсы комплексного противорецидивного лечения по поводу язвенной болезни. После резекции желудка – комплексное обследование 1 раз в год.

Список литературы

1. Балогланов Д.А. Хирургическое лечение перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия №11, 2010.
2. Ермолов А.С., Смоляр А.Н., Шляховский И.А., Храменков М.Г. 20 лет неотложной хирургии органов брюшной полости в Москве. Хирургия №5, 2014.
3. Крылов Н., Винничук Д. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды. - Врач. - №1, 2012.
4. Клинические рекомендации российского общества хирургов.