

Ургентные осложнения
гастродуоденальных язв
(кровотечение, перфорация)

Осложнения

Многочисленные осложнения язвенной болезни можно разделить на две группы:

- 1) возникающие внезапно и угрожающие непосредственно жизни больного (кровотечение, перфорация);
- 2) развивающиеся постепенно с хроническим течением (пенетрация, стенозирование привратника и двенадцатиперстной кишки, малигнизация). К этой группе осложнений также следует отнести перивисцериты, реактивный гепатит и реактивный панкреатит. Нередко бессимптомно протекающая язвенная болезнь протекает под маской этих состояний.

Ургентные осложнения
язвенной гастродуоденальной
язвы

Кровотечение

В литературе описано свыше 70 причин желудочно-кишечных кровотечений.

Около 60-75% желудочно-кишечных кровотечений являются следствием язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

При язвенной болезни источником кровотечения чаще всего является артерия, реже кровотечение носит артериовенозный характер.

Язвенные кровотечения, как и сама язвенная болезнь, у мужчин встречается значительно чаще (80%), чем у женщин (20%)

Факторы, играющие ведущая роль в возникновении гастродуоденальных кровотечений.

1. Агрессивное воздействие на покровные ткани пищеварительного канала со стороны его просвета.
2. Нарушением резистентности и даже деструкция покровных тканей в результате расстройства их жизнеобеспечения.
3. Нарушение функциональной координации различных отделов пищеварительного тракта:
 - адекватная двигательная активность,
 - координация работы сфинктеров на протяжении всего тракта,
 - взаимная координация многообразной секреторной деятельности

Агрессивное воздействие на покровные ткани пищеварительного канала со стороны его просвета.

1. Агрессивный эндогенный кислотно-пептический фактор (Обкладочные клетки испытывают нейрокринное и эндокринное влияние)
 - кислота, которая обладает самостоятельным повреждающим действием на слизистую оболочку и
 - служит мощным активатором протеолитического действия пепсина
2. экзо- и эндотоксины некоторых микроорганизмов, обладающие энтеротропным действием,
3. агрессивные аутоиммунные комплексы.

Механизмы резистентности покровных тканей

Первая линия защиты

- слизистый секрет пищеварительного канала (механическая, обволакивающая функция за счет белков, муцинов)
- щелочной секрет пилорических желез
- кислотно-пептический фактор для противодействия микроорганизмам
- особые бактериальные белки слизистого секрета: ферменты (прежде всего лизоцим) и иммуноглобулин (IgA), составляющие основу условно-специфических антител.

Механизмы резистентности покровных тканей

Вторая линия защиты

мембранные механизмы поверхностного слоя клеток покровных тканей пищеварительного канала.

Третья линия защиты

внутриклеточный аппарат покровного слоя с его
структурными элементами
буферными системами
ферментами лизосом
простагландиновым защитным механизмом

Механизмы резистентности покровных тканей

Четвертая линия защиты

реакция соединительнотканых элементов подслизистого слоя.

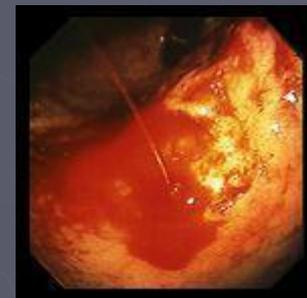
Это реакция на повреждение или на появление мертвых тканей: основная роль принадлежит тучным клеткам, которые выделяют *гистамин*, обладающий вазоактивным эффектом, и *макровагам*, осуществляющим фагоцитоз чужеродного агента с формированием отграничительного грануляционного вала

Характер поражения сосудов в самом источнике может быть

- ▶ Эрозия на фоне пептической деструкции
- ▶ Деструкция с вовлечением сосуда в воспалительный процесс.
- ▶ Кровотечение - как результат геморрагического инфаркта стенки органа, связанным с тромбоэмболическими осложнениями в очаге воспаления

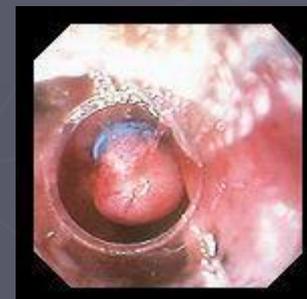
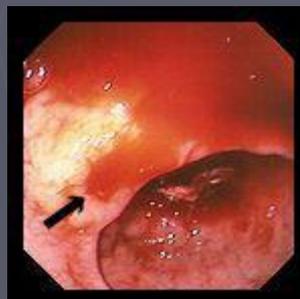
Эндоскопическая картина кровотечений

Left: 77 year-old man presented with acute hematemesis (vomiting blood). Exam revealed this ulcer (at 9:00 o'clock position) with a white, fibrinous base, and a dark, protruding visible vessel, signifying the site of recent bleeding.



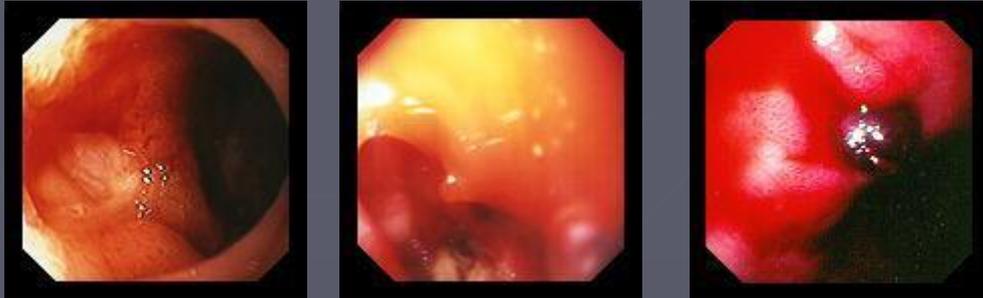
Center: 72 year-old woman with hematemesis. Endoscopy demonstrated a small ulcer with bleeding from the edges, but no visible vessel. Biopsies were positive for *Helicobacter pylori*.

Right: 71 year-old man with hematemesis. Endoscopy revealed a 2 cm ulcer with pulsatile, arterial bleeding. Control of bleeding was achieved by injecting the vessel with epinephrine, followed by bipolar electrocautery.



72 year-old man who presented with acute hematemesis. Endoscopy revealed a small bleeding ulcer (left and center); bleeding was massive despite the small size of the ulcer. Bleeding was controlled by banding (right). The blue rubber band and the mucosal bleb created by banding are visible through the translucent endoscope attachment used in the banding process.

Эндоскопическая картина дуоденального кровотечения

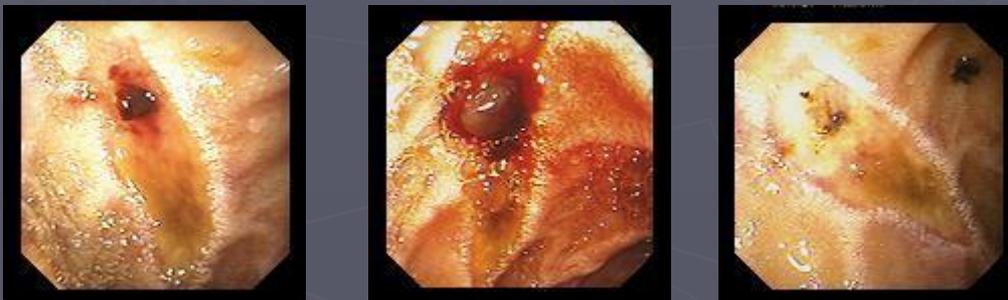


- ▶ LEFT: Active oozing of blood from the upper edge of a fibrin-based ulcer in the duodenal bulb of a 69 year-old man.

CENTER: Rounded protuberance represents a **visible vessel** responsible for bleeding from a duodenal ulcer in this 69 year-old woman with hematemesis (vomiting blood). Vessel shown here between spurts of bleeding.

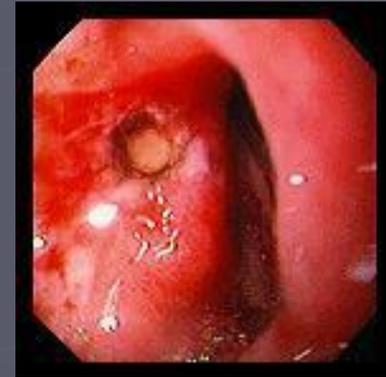
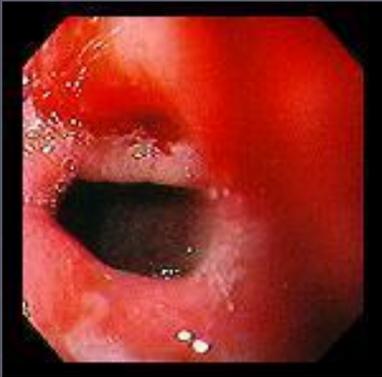
RIGHT: 48 year-old woman with hematemesis and melena. Endoscopy revealed a **sentinel clot** attached to an underlying ulcer in the duodenal bulb, with active bleeding. The lesion was successfully cauterized with a bipolar gold probe, achieving hemostatic control.

- ▶ 75 year-old man with hematemesis and melena. Endoscopy revealed a "sentinel clot" attached to a crescentic ulcer in the duodenum (LEFT). Lavage dislodged the clot, revealing the underlying raised "visible vessel" (CENTER). The vessel was successfully eradicated via cautery with the bipolar gold probe (RIGHT).



Дуоденальное кровотечение

Control of Bleeding Duodenal Ulcer



34 year-old man with hematemesis (vomiting blood), melena (black, tarry stools) and severe anemia. Emergency endoscopy revealed a duodenal ulcer with an active bleeding site, seen at the 12 o'clock position over the duodenal bulb outlet (LEFT). The tip of the heater probe is seen approaching the bleeding site in the middle of the ulcer base (CENTER). Mucosal defect at the cautery site, with bleeding controlled (RIGHT).

Остановившееся кровотечение

► Sentinel Clot



A 32 year-old man presented with melena and severe anemia, resulting in syncope.

Left: Endoscopy revealed an ulcer with a large adherent clot in the duodenal bulb.

Center: After the clot was suctioned away, a small ulcer with visible vessel became evident.

Right: Large sentinel clot in a duodenal ulcer found in an 82 year-old woman who presented with hematemesis.

Классификация кровотечений.

I. По локализации:

- 1). Из язвы желудка.
- 2). Из язвы двенадцатиперстной кишки.

II. По характеру:

- 1). Продолжающееся:
 - струйное
 - ламинарное
 - капиллярное
 - рецидивирующее
 - нестабильный гемостаз
- 2). Состоявшееся.

III. По степени тяжести:

- 1). Лёгкая степень
- 2). Средняя степень
- 3). Тяжёлая степень

Клиника язвенных кровотечений

1. Неспецифические симптомы кровотечения (симптомы кровопотери и явления анемизации)
2. Специфические симптомы. Связанные с нахождением крови в просвете ЖКТ.

Степени кровотечения:

I степень - легкое кровотечение (50-55% случаев).

общее состояние сравнительно удовлетворительное,
сознание сохранено

однократная кровавая рвота

легкая бледность кожных покровов

пульс до 100 уд/мин

артериальное давление - в норме или снижено до 100 мм рт.ст.

гематокрит - 35%

удельный вес крови - 1053-1040

дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК) - до 20%
(от 500 до 1000 мл).

Степени кровотечения:

II степень - кровотечение средней тяжести (30% случаев)

▪

выраженная бледность кожных покровов
явления геморрагического коллапса с однократной потерей сознания

повторная кровавая рвота

жидкий дегтеобразный стул

пульс - больше 100 уд/мин, слабого наполнения

артериальное давление снижено до 90 мм рт.ст.

гематокрит - 25-30%

удельный вес крови - 1050-1040

дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК) - до 30% (от 1000 до 1500 мл).

Степени кровотечения:

III степень - тяжелое кровотечение (12-14% случаев).

общее состояние тяжелое

резкая слабость

определяются потеря сознания

жажда

обильная повторяющаяся кровавая рвота

кровавый стул

выраженная бледность кожных покровов и слизистых оболочек,

холодный пот

пульс - 130-140 уд/мин, нитевидный, слабого наполнения или не пальпируется

артериальное давление ниже 70 мм рт.ст

гематокрит - менее 35%

удельный вес крови ниже 1040

дефицит ОЦК - 30-50% (от 1500 до 2500 мл).

Для определения стадии геморрагического шока используют индекс Альтговера. Он равен пульс поделить на систолической АД. В норме он составляет 0,5 (60/120).

При шоке он повышается. I стадия - 0,5-1,5, II и III стадии - больше 1,6.

Язвенная болезнь (клиника кровотечения)

Клинические проявления зависят от:

Пола

Локализации источника кровотечения

Калибра сосуда

Скорости кровопотери

Объема кровопотери

Защитных и компенсационных механизмов организма

При массивных кровотечениях, за короткий период времени – срыв компенсаторных механизмов – развитие геморрагического шока.

Патогенез гемодинамических нарушений.

В ответ на кровотечение в организме развивается комплекс компенсаторно-приспособительных реакций. В хронологическом порядке их можно разделить на три периода:

1). Стадия олигемии (сниженного ОЦК) - длится 12-24 ч.

Сопровождается рефлекторным спазмом и выходом крови в кровеносное русло из депо. Содержание эритроцитов и гемоглобина в единице объёма крови не меняется.

Гиповолемия приводит к спазму периферических сосудов.

Развивается гипоксия клеток. Обмен веществ переключается на анаэробный, при котором выделяется молочная кислота и развивается метаболический ацидоз.

2). Стадия гемодилюции - возникает через 2-3 дня вследствие притока тканевой жидкости в сосудистое русло. Содержание эритроцитов и гемоглобина. ЦП в норме.

3). Стадия активации эритропоэза - начинается с 3-4 дня. В периферической крови появляются ретикулоциты.

Также в патогенезе играет роль интоксикация продуктами гидролиза излившейся в кишечник крови. Ведущая роль принадлежит аммиаку.

Язвенная болезнь (клиника кровотечения в ранний период)

Кровотечение при язвенной болезни возникает, как правило, неожиданно для больного, чаще в вечернее, даже ночное время или в утренние часы на фоне уменьшения болевого синдрома

Проявления:

1. Кровавая рвота (гематемезис) или / и обильным дегтеобразным зловонным стулом (меленой).

Кровавая рвота может быть алой или темной кровью, в некоторых случаях рвотные массы имеют вид кофейной гущи.

2. Ухудшением общего состояния

Жалобы: резкая слабость, головная боль, головокружение, шум в голове, мелькание мушек перед глазами, сердцебиение;

Объективно: осиплость голоса, побледнением кожного покрова и видимых слизистых оболочек, холодный липкий пот, учащение пульса, снижение артериального давления вплоть до потери сознания и развития коллапса, картина геморрагического шока. У больного возникает страх близкой смерти.

3. Гиперкоагуляционный синдром
4. Явления цитолиза эритроцитов на фоне аутоиммунной реакции)
5. Явления перераспределения крови

Однако тяжесть и массивность кровотечения не всегда соответствуют тяжести общего состояния больного.

Язвенная болезнь

(клиника кровотечения в поздний период период)

Жалобы те же.

Объективно – то же, ↓ диуреза,

Лабораторная диагностика:

- Железодифицитная анемия, ↓ уровня Hb, ↓ гематокрита, ретикулоцитоз, лейкоцитоз со сдвигом влево
- Эндогенная интоксикация (резорбционная азотемия)
- Умеренная гипербилирубинемия, ↓ уровня протромбина, альбумина.
- Резорбционная лихорадка

Эндоскопическая диагностика

(проводится всегда при подозрении на гастродуоденальное кровотечение)

Forrest classification (риск для кровоточащих язв)

Активное кровотечение

- F1a струйное, пульсирующее, артериальное кровотечение (active bleeding (spitting hemorrhage))
- F1b венозное, вялое, паренхиматозное кровотечение (active bleeding (oozing hemorrhage))

Состоявшееся кровотечение

- F2a видимый тромбированный сосуд (visible vessel-pigmented protuberance)
- F2b фиксированный тромб или сгусток (adherent clot)
- F2c геморрагическое пропитывание дна язвы (black base)

Состоявшееся кровотечение

- F3 чистое дно язвы, отсутствие прямых визуальных вышеперечисленных признаков (no stigmata)

«Порочный» круг при язвенных кровотечениях

1. Спазм сосудов в месте кровотечения
2. Анемия, гипоальбуминемия
3. Нарушения репаративных свойств в язвенном дефекте
4. Повторное кровотечение

Дифференциальная диагностика.

Известно более 70 заболеваний, сопровождающихся гастродуоденальным кровотечением.

- 1). **Кровотечения из распадающегося рака желудка.** Редко бывает профузным. Не сопровождается болевыми ощущениями. Диагноз ставится с помощью ФГДС и рентгенологического исследования.
- 2). **Синдром Маллори-Вейсса.** Характеризуется разрывом слизистой оболочки кардиоэзофагальной зоны. Разрывы располагаются продольно и их может быть несколько. Чаще возникает в молодом возрасте. В большинстве случаев синдром сочетается с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, хроническим атрофическим гастритом, язвами пищевода и кардиального отдела желудка. Диагноз уточняется с помощью ФГДС.
- 3). **Геморрагический эрозивный гастрит.** Развитию эрозивного гастрита способствует ожоговая болезнь, приём ЛС (НПВС, ГКС), инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, черепно-мозговая травма.
- 4). **Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода.** Также имеются другие признаки портальной гипертензии - асцит, спленомегалия, расширение вен передней брюшной стенки. Нередко кровотечение возникает после приёма обильного количества пищи и во время сна.
- 5). **Болезнь Рандю-Вебера-Ослера** - наследственное заболевание, характеризующееся телеангиэктазиями. Также имеются телеангиэктазии на коже.
- 6). **Кровотечение при лейкозах.** Причина - повышение проницаемости сосудистой стенки, тромбоцитопения.
- 7). **Гемофилия.**
- 8). **Болезнь Вергольфа** - помимо желудочного кровотечения имеются повышенная кровоточивость из дёсен, маточные и почечные кровотечения. В крови - тромбоцитопения, увеличение времени свёртывания крови.
- 9). **Синдром Дъелафуа.** Встречается чаще у мужчин до 50 лет без язвенного анамнеза. Характеризуется массивным кровотечением из единичных эрозий. Причина такого сильного кровотечения - нарушение формирования сосудов в процессе эмбрионального развития. В большинстве случаев источник кровотечения располагается в верхней трети желудка, по задней стенке. Диаметр эрозии составляет 0,5-0,8 см. На дне эрозии имеется артерия. При гистологическом исследовании сосуда выявляют пролиферацию и склероз интимы, дегенерацию среднего слоя, исчезновение эластических волокон.
- 10). **Кровотечение при уремии.**

Лечение

Принципы:

- Остановка кровотечения
- Восполнение ОЦК
- Лечение язвенной болезни

Первичный уровень оказания медицинской помощи

На догоспитальном этапе:

- комплекс организационных мероприятий по срочной госпитализации больного
- Голод
- помещении пузыря со льдом или холодной водой на живот
- Больного транспортируют на носилках. При тяжёлом кровотечении и коллапсе приподнимают ножной конец носилок.
- вдыхание кислорода через маску или назальные зонды.

Одновременно больному необходимо произвести введение следующих лекарственных препаратов:

Схема в/в инъекций

- ▶ Sol. NaCl 0,9% - 400,0 ml
- ▶ Sol. Acidi aminocapronici 5% - 100,0 ml* типС
- ▶ Омепразол по 80 мг в/в.

Схема в/м инъекций

- ▶ Sol. Etamsylati (Dicynoni) 12,5% - 2,0 ml в/мтипС
- ▶ * - при признаках продолжающегося кровотечения и отсутствия перегрузки объемом повторить через 2-3 часа

Вторичный уровень оказания медицинской помощи

- Немедленную госпитализацию больного в хирургическое отделение с катетеризацией мочевого пузыря, постановкой назогастрального зонда и катетеризацией центральной вены для мониторинга ЦВД и проведения:
- Общая гемостатическая терапия
 -  применение свежезамороженной плазмы и тромбоцитарной массы при наличии нарушений свертываемости крови, введение аминокaproновой кислоты, кальция хлорида, свежезамороженной плазмы.
В/м - викасол, этамзилат, трасилол
- Максимально быстрое количественное восстановление ОЦК с помощью
 -  массивной инфузионной терапии кристаллоидами и коллоидами
 -  при резком падении АД производят переливание плазмозамещающих растворов.
- Восстановление качественного состава крови: гемотрансфузи
- Коррекция коагулопатии

Введение сосудосуживающих препаратов не показано.

Местная гемостатическая терапия

- ▶ Местная гемостатическая терапия:
 - эндоскопический гемостаз
 - гипотермия желудка и промывание желудка холодной водой
 - применение средств, снижающих фибринолитическую активность слизистой оболочки желудка и раскрывающих артериовенозные шунты (аминокапроновая кислота, тромбин) - per os.

- ▶ Методы эндоскопического гемостаза:
 - 1). Обкалывание источника кровотечения лекарственными средствами - этоксисклерол, адреналин, клей МК-6.
 - 2). Диатермокоагуляция.
 - 3). Лазерная фотокоагуляция.
 - 4). Прицельное орошение кровоточащей язвы гемостатическими и сосудорасширяющими препаратами - капрофен, аминокапроновая кислота, кальция хлорид. В состав капрофена входит карбонильный комплекс железа и аминокапроновая кислота.
 - 5). Клипирование арозированных сосудов
 - 6). Криовоздействие на источник кровотечения.

- ▶ После остановки кровотечения больной в течение 10-12 дней соблюдает постельный режим и щадящую диету. Питание осуществляется по Мейленграхту.

Один раз в сутки назначается очистительная клизма.

Инфузионная терапия

- ▶ При кровопотере не более 10% ОЦК переливания крови и кровезаменителей не требуется.
- ▶ Для восстановления центральной гемодинамики используют трансфузию:
 - Кристаллоидов - физиологического раствора, раствора Рингера, базис-раствора.
 - Коллоиды - среднемолекулярный полиглюкин.Восстановление микроциркуляции осуществляется с помощью низкомолекулярных коллоидных растворов (реополиглюкин, гемодез, желатиноль).
- ▶ Препараты крови переливают для улучшения оксигенации (клетки красной крови) и свертываемости (плазма, тромбоциты).
- ▶ Если нарушена свертываемость, что имеет место у большинства больных с циррозом печени, целесообразно переливать свежезамороженную плазму и тромбоцитарную массу.

Схема консервативного лечения (первый этап)

Схема в/в инъекций

Sol. NaCl 0,9% - 400,0 ml* типА

Sol. Acidi aminocapronici 5% - 100,0 ml*

СЗП однокрупная – 300 ml*

Sol. Glucosi 10% - 400,0 ml + Insulini 10 ED + Sol. Acidi ascorbinici 5% - 3,0 ml*

Sol. KCl 4% - 100,0 ml*

P-p реополиглюкина 400,0 мл*

Sol. Chlasoli (Ringeri и т.д.) – 400,0 ml*

Антиферментные препараты (контрикал, гордокс)

Ингибирование секреции желудка:

H2 гистаминоблокаторы и/или блокаторы протоновой помпы и/или октреостатинн

Схема в/м инъекций

Sol. Etamsylati (Dicynoni) 12,5% - 2,0 ml; в/м 4 раза в сутки типС

* - при признаках продолжающегося кровотечения и отсутствия перегрузки объемом повторить через 4-5 часов.

Схема консервативного лечения (второй этап) После остановки кровотечения

Схема в/м инъекций (гемостатическая терапия):

Sol. Etamsylati (Dicynoni) 12,5% - 2,0 ml; в/м 4 раза в сутки типС

Схема лечения per os:

Омепразол по 20 мг 2 раза в сутки типА[6,7,20,21].

кларитромицин 250 мг. 2 раза в день. При отсутствии - амоксициллин по 500 мг. 2 раза в день в конце еды.

метронидазол (трихопол) по 500 мг. 2 раза в день в конце еды

Sol. Acidi aminocarponici 5% по 1 столовой ложке 6-8 раз в сутки

Сроки выполнения оперативных вмешательств

Экстренные операции (до 3 часов) показаны больным когда эндоскопично явный кровотокающий сосуд на дне язвы, сгусток кровс на дне язвы, из-под которого подтекает кров и рецидивное кровотечение при I - III степени кровопотери.

Срочные операции (6-12 часов) выполняют при III степени активности гемостаза и III ступени кровопотери, а так же при IV степени активности гемостаза с I - III степенью кровопотери

Неотложные операции (12-24 часов) показаны при II ступени активности гемостази и III степени кровопотери, а так же при III степени активности гемостаза и I-II степенях кровопотери.

Ранние отсроченные операции (24-72 часов) выполняют при I степени активности гемостаза и III степени кровопотери, а так же при II степени активности гемостаза с I-II степенью кровопотери.

Плановые операции (4-10 дней) рекомендованы при I степени активности гемостаза и при I-II степенях кровопотери.

Оперативное лечение

Объём операции зависит от срока выполнения операции, от локализации язвы, от общего состояния пациента.

Паллиативные операции:

- 1). Гастротомия с прошиванием сосуда в язве.
- 2). Секторальное иссечение язвы, в том числе с пилоропластикой и ваготомией.
- 3). Иссечение язвы, выведение её кратера за пределы желудка с лигированием кровоточащего сосуда и ушиванием дефекта стенкию

При язве на передней стенки двенадцатиперстной кишки выполняется:

- 1). Гемипилородуоденорезекция по Белому-Вахтангишвили.
- 2). Иссечение язвы с пилоропластикой по Джадду-Хорслею.
- 3). Иссечение язвы с дуоденопластикой и ваготомией.

При язвах задней стенки двенадцатиперстной кишки:

- 1). Ушивание сосуда и дефекта над ним.
- 2). Прошивание сосуда с тампонадой язвы задней губой дуоденопластики, пилоропластика по Финнею и ваготомия.

Радикальные операции - резекция желудка.

Ургентные осложнения гастродуоденальных язв

Перфорация

Перфорация (прободение) язвы желудка и двенадцатиперстной кишки — это прорыв язвы в свободную брюшную полость с поступлением в нее желудочно-дуоденального содержимого.

Эпидемиология

Заболеваемость перфоративной язвой среди взрослого населения составляет 1,5—2 на 10000 человек, частота по отношению ко всем больным язвенной болезнью — 5—10%, а среди других осложнений гастродуоденальной язвы — 23—25%,

Перфорация чаще встречается у мужчин молодого возраста (20—40 лет). Перфорируют в большинстве случаев хронические каллезные язвы (до 80%), чаще всего (60—70%) язвы двенадцатиперстной кишки, в 90—95% расположенные на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки.

В 50,7 % случаев перфорируют язвы 12-и перстной кишки
в 42,8 % — язвы пилорического отдела желудка
в 4,8 % — язвы малой кривизны тела желудка
в 0,7 % — язвы кардальной части желудка.

Причины перфорации

Воздействие механических и / или химических факторов на фоне прогрессирования воспалительноразрушительного процесса в язве



Перфоративная желудочная язва

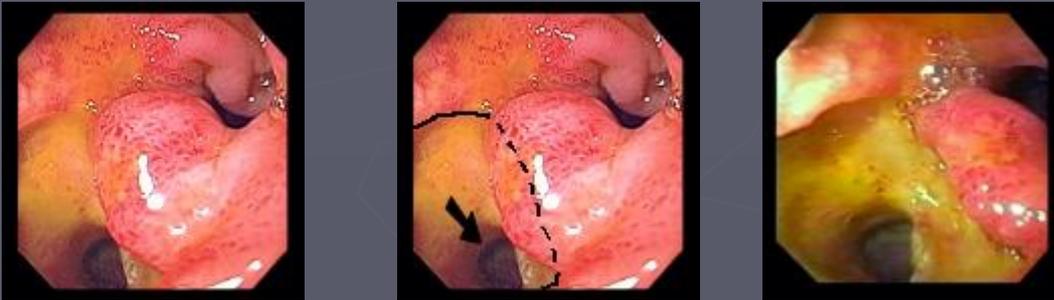


- ▶ Elderly man who presented with hematemesis (vomiting blood) and melena (black, tarry stools). Endoscopy revealed three gastric ulcers. At the base of one ulcer was this perforation, which required surgical intervention.



- ▶ 65 year-old man who presented with abdominal pain and hematemesis. Abdominal exam was relatively benign, and abdominal xrays had not been suggestive of perforated viscus. Endoscopy revealed a chronically perforated gastric ulcer, through which the liver was visible.

Перфоративная дуоденальная язва



47 year-old with a history of peptic ulcer disease but no recent medical care, who presented with greater than one week of increasing abdominal pain and an episode of hematemesis. Physical exam was not suggestive of viscus perforation or of peritonitis. Endoscopy revealed an ulcer in the proximal duodenal bulb. Due to the proximal bulbar location, only the distal edge was visible (black line in the middle image above). A round defect in the base of the ulcer (arrow) suggested penetration or perforation. The duodenal lumen is at upper right in these images. Subsequent radiographs and surgical exploration confirmed the presence of a subacute perforation. The defect was oversewn and the postoperative course was uneventful.

Клиника перфорации

Боль в подложечной области

сравнивают с ударом кинжала в живот, бывают настолько сильными, что больные покрываются холодным потом, бледнеют, теряют сознание.

распространяется по правому или левому боковому отделу живота, сравнительно быстро охватывая весь живот

У 1/4 больных боли иррадиируют в плечо, лопатку или надключичную область (симптом Элекера):

в правую — при перфорации пилородуоденальных язв, в левую — при язве тела желудка.

Напряжение передней брюшной стенки (доскообразный живот)

Функциональные расстройства - общая слабость, жажда, сухость во рту, задержка стула и газов. У 30—40% больных отмечается тошнота и рвота.

Клиника перфорации

Осмотр

Общее состояние - чаще бывает тяжелым.

положение - вынужденное на боку или на спине с приведенными к животу коленями.

кожных покровы - бледные, холодный пот на лице.

живот - плоский или ладьевидно втянутый живот, не принимает участия в дыхании;

Пальпация — резкая болезненность в верхнем отделе; положительный симптом Щеткина — Блюмберга.

Перкуссия — высокий тимпанит в эпигастрии (*симптом Спигарного*), исчезновения печеночной тупости (пневмоперитонеум)

Аускультация - отсутствие перистальтики кишечника;

прослушиваются сердечные тоны до уровня пупка;

определяются перитонеальное трение в эпигастрии или в области реберного края,

Ректальное пальцевое исследование - определяется болезненность в заднем дуголасовом пространстве (симптом Кюлленкампа).

Клинические периоды перфоративной гастроудоденальной язвы

1. Шок
2. Мнимое благополучие
3. Прогрессирующего перитонита

Период шока

Соответствует моменту перфорации язвы, когда через прободное отверстие в брюшную полость изливается желудочно-дуоденальное содержимое, вызывая резкое раздражение нервного аппарата брюшины (химический ожег брюшины).

Длится 6—7 ч.

Состояние больного тяжелое, выражение лица страдальческое, бледность кожных покровов, похолодание конечностей, холодный пот на лице, пульс замедлен, артериальное давление понижено, дыхание частое, поверхностное, со стороны живота — клиника острого перитонита.

Период мнимого благополучия

явления шока проходят,
общее состояние – улучшается
боли в животе - уменьшаются в результате пареза нервных
окончаний брюшины
Длится до 8—10 ч.

Период прогрессирующего перитонита

- ▶ Развивается - через 10—12 ч после перфорации
- ▶ Перитонит - бактериальный, гнойный
- ▶ общее состояние ухудшается
- ▶ Боли – разлитые, уменьшается напряжение мышц, появляется вздутие живота.
- ▶ Развиваются клиническая картина, характерная для разлитого гнойного перитонита любой другой этиологии: интоксикация, обезвоживание организма, ухудшаются показатели гемодинамики.

Распознаванию прободения в этой стадии помогает тщательно собранный анамнез, указывающий на язвенный симптомокомплекс в прошлом, острое начало заболевания, а также правильная оценка симптомов в различных стадиях течения прободной язвы.

Диагностика перфоративных гастродуоденальных язв

Триада Мондора – кинжальный боль, доскообразный живот, язвенный анамнез

Лабораторно – лейкоцитоз , сдвиг формулы влево, появление токсической зернистости нейтрофилов

Фиброгастродуоденоскопия и последующей обзорной рентгенографией органов брюшной полости (появление серпа воздуха под диафрагмой)

пневмогастрография (введение в желудок через тонкий зонд 200—500 мл воздуха с повторным снимком).

При необходимости – лапароскопия или постановка «шарящего» катетера

Ошибки в диагностике возможны

при перфорации безанамнезных язв

при осмотре больных в период мнимого благополучия

при атипичных формах перфорации:

- прикрытые перфорации (со стороны просвета желудка или со стороны брюшной полости)
- перфорации на фоне кровотечения
- у ослабленных больных
- перфорация задней стенки желудка в сальниковую сумку

Прикрытая перфоративная язва.

Встречается в 5—8% случаев.

Периоды:

фаза перфорации - имеется сообщение желудка или двенадцатиперстной кишки с брюшной полостью. Клиника не отличается от типичной перфорации (острое начало, характерные симптомы);

период угасания клинических симптомов - прободное отверстие прикрывается и прекращается поступление желудочного содержимого в брюшную полость. Клиника – уменьшаются острые боли, улучшается общее состояние больного, уменьшается напряжение мышц, остается умеренное напряжение мышц, болезненность при пальпации и раздражение брюшины в верхнем отделе живота, реберный тип дыхания, задержка стула и газов, субфебрильная температура, лейкоцитоз в крови.

Если прободное отверстие невелико, наступило раннее и прочное прикрытие и в брюшную полость излилось немного желудочного содержимого, может наступить выздоровление с постепенным затиханием клинических симптомов. Однако у большинства больных прикрытие бывает непрочным, прикрывающий орган отслаивается, развиваются перитонит или поддиафрагмальный, подпеченочный абсцессы.

Перфорация на фоне кровотечения

встречается в 10—12% случаев всех перфоративных язв. в диагностике большое значение имеет, что наступило раньше.

Если прободение наступило на фоне кровотечения, когда больной уже обескровлен, симптомы присоединившейся перфорации обычно слабо выражены и на фоне общего тяжелого состояния могут быть не замечены. Клиническая картина перфорации в таких случаях складывается из симптомов тяжелого шока, падения температуры, резкого учащения пульса, мало выраженных болевого синдрома и явлений перитонита.

Лечение

- ▶ Перфорация – абсолютное показание к неотложному оперативному лечению.
- ▶ Сроки выполнения операции определяются тяжестью больного и требуют предоперационной подготовки (назогастральный зонд, катетер в мочевой пузырь, доступ к центральной вене)
- ▶ Объем инфузионной терапии определяется перитонитом и сопутствующей патологией

Виды операций (палиативные операции)

- ▶ Операция Поликарпова – подшивание сальника к отверстию (перевод перфорации в прикрытую перфорацию)
- ▶ Ушиваниеи язвы
- ▶ Иссечение язвы и ушивание дефекта

Виды операций (радикальные операции)

При явеной болезни желудка:

Первичная резекция желудка

При язвенной болезни 12-и перстной кишки:

иссечение язвы со стволовой или селективной ваготомией с пилородуоденопластикой

иссечение язвы с селективной ваготомией с дуоденопластикой

первичная резекция желудка

Консервативное лечение (метод Тейлора, 1946) используется при категорическом отказе больного от операции или при отсутствии условий для её выполнения.

Оно включает:

- постоянную назогастральную аспирацию желудочного содержимого;
- введение препаратов, которые тормозят желудочную секрецию;
- введение антибиотиков;
- коррекцию метаболизма;
- лапароцентезное дренирование и закрытый лаваж брюшной полости.