

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ 328
	Экземпляр	№ 1
	Введен в действие	Дата 2021
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Прободная язва у взрослых»</i> <i>Коды МКБ (K25.1/K25.2/K25.5/K25.6/K26.1/K26.2/K26.5/K26.6)</i> <i>Возрастная группа - взрослые</i> <i>Год утверждения 2021</i>	

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	<i>Должность</i>			
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адилханов Б.Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмажидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф. Б.		
2021 г.				

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Язва желудка с прободением или язва двенадцатиперстной кишки с прободением –

острое хирургическое заболевание, возникающее в зоне язвы в результате сквозного разрушения стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, с проникновением содержимого в свободную брюшную полость.

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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 [1,2]. Факторы риска развития прободной язвы многообразны, но не всегда имеют доказательную базу.

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Прободная язва (ПЯ) развивается у 2% - 10% больных язвенной болезнью (ЯБ). На протяжении последних 20 лет заболеваемость прободной язвой колебалась от 11,7 до 25,9 на 100 тыс. населения. Такая ситуация сохраняется на фоне возросшей эффективности противоязвенной терапии при хроническом течении заболевания [3,4].

В Европе заболеваемость ПЯ за последний 10-летний период снизилась с 9,7 до 5,6 на 100 тыс. населения [2,5]. В России за этот же период заболеваемость ПЯ снизилась с 26,9 до 17,1 на 100 тысяч населения. В 2018 году в федеральных округах РФ заболеваемость ПЯ колебалась от 11,7 человек до 19,5 человек на 100 тысяч населения. В городе Москве по состоянию на 31 декабря 2018 года, заболеваемость ПЯ составила 9,7 человек на 100 тысяч населения [6,7,8,9]. Соотношение мужчин и женщин при ПЯ составляет 2:1. Основная часть больных – лица молодого и среднего возраста [2,5,6,8].

Послеоперационная летальность при ПЯ в 2018 году в регионах РФ колебалась от 1,45% до 23,6%, а при поступлении пациентов в стационар позже 24 часов, этот показатель достигал 100%. Госпитальная летальность в целом по стране при ПЯ в 2018 году составила 9,88%, а при поздней госпитализации – 24,59%; послеоперационная летальность, соответственно, 9,09% и 25,39% [7].

7

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Язва желудка (K25):

K25.1 – Острая с прободением;

K25.2 – Острая с кровотечением и прободением;

K25.5 – Хроническая или не уточненная с прободением;

K25.6 – Хроническая или не уточненная с кровотечением и прободением.

Язва двенадцатиперстной кишки (K26):

K26.1 – Острая с прободением;

K26.2 – Острая с кровотечением и прободением;

K26.5 – Хроническая или не уточненная с прободением;

K26.6 – Хроническая или не уточненная с кровотечением и прободением.

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В России наиболее простой и удобной для практического использования является классификация ПЯ, предложенная В.С. Савельевым в 2005 году [10]. 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:**

а) язвы желудка (с указанием анатомического отдела);

б) язвы двенадцатиперстной кишки (с указанием анатомического отдела);

3. **По клинической форме:**

а) прободение в свободную брюшную полость (типичное, прикрытое);

б) атипичное прободение (в сальниковую сумку, малый или большой сальник – между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость);

в) сочетание прободения с другими осложнениями язвенного процесса (кровотечение,

стеноз, пенетрация, малигнизация);

4. По выраженности перитонита (согласно действующей классификации – см. Национальные рекомендации «Абдоминальная хирургическая инфекция» 2011).

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Характерными клиническими признаками ПЯ являются:

1. Острое начало заболевания с «кинжальной» болью в животе (симптом Дъелафуа).
2. Напряжение мышц живота («доскообразный живот»).
3. Боль при пальпации живота.

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

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

Передняя брюшная стенка напряжена («доскообразное» напряжение), в первый час заболевания отмечается резкая боль в эпигастрии и мезогастрии – 92% [11].

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 Кларка) и появление высокого тимпанита над печенью (симптом Спиджарного) – 37%. При наличии жидкости в нижних и боковых отделах живота определяются притупление или тупость перкуторного звука (симптом Де Кервена).

Результаты физикального обследования могут быть противоречивыми, так как симптомы перитонита наблюдаются у 35-50% пациентов с ПЯ. Чаще это происходит при прикрытой перфорации язвы или у пациентов с атипичной локализацией процесса. 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 [12,13,14,15].

II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1. Жалобы и анамнез

• При поступлении в приёмное отделение пациента с подозрением на ПЯ рекомендуется осмотр врача-хирурга с целью исключения или подтверждения данного диагноза и определения дальнейшей тактики [8,10].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

• Врачу при опросе пациента с подозрением на ПЯ рекомендуется обратить внимание на наличие симптома Дъелафуа (острую «кинжальную» боль в животе) и язвенный анамнез [8,10].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: внезапно возникшая интенсивная «кинжальная» боль связана с прорывом содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в брюшную полость и раздражением брюшины.

2.2. Физикальное обследование

• При физикальном обследовании пациента с подозрением на ПЯ рекомендуется обратить внимание на выраженную болезненность при пальпации передней брюшной стенки, «доскообразное» напряжение мышц живота [8,10].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Рефлекторное напряжение брюшной стенки и болезненность при её пальпации связано с раздражением брюшины при проникновении содержимого ЖКТ в брюшную полость. Указанные симптомы позволяют заподозрить перфорацию язвы, однако только инструментальные методы исследования позволяют верифицировать диагноз. Другие характерные симптомы, выявляемые при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки, описаны в разделе 1.6 настоящих рекомендаций.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

• Всем пациентам с подозрением на ПЯ рекомендуется выполнять стандартный набор лабораторных исследований: общий (клинический) анализ крови, мочи, анализ крови

биохимический общетерапевтический, включая исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня глюкозы в крови, определение активности амилазы в крови [10,15].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Изменения лабораторных показателей при ПЯ неспецифичны, однако врачу следует обратить внимание на наличие лейкоцитоза и повышение уровня амилазы, которые могут наблюдаться при перфорации язвы.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Инструментальные методы обследования позволяют выявить характерные признаки ПЯ: свободный газ в брюшной полости, свободную жидкость в брюшной полости, наличие и локализацию язвы, и прободное отверстие.

- Всем пациентам с подозрением на ПЯ рекомендуется выполнить обзорную рентгенографию органов брюшной полости для обнаружения свободного газа [12-17,19].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Диагностическая точность обзорной рентгенографии варьирует от 30% до 85%. Исследование проводится в вертикальном положении. Газ в свободной брюшной полости определяется на рентгенограмме в виде серповидной прослойки между диафрагмой и печенью, диафрагмой и желудком. При тяжелом состоянии пациента исследование можно провести в положении на боку. Но и отрицательный рентгеновский снимок не исключает возможной перфорации. В связи с этим ряд авторов считают, что в случае явных признаков перитонита первым из рентгенологического исследования должна быть компьютерная томография брюшной полости.

- Всем пациентам с подозрением на ПЯ при не информативности других диагностических методов и при наличии технической возможности в медицинской организации рекомендуется проведение компьютерной томографии (КТ) брюшной полости [12,13,15,18-20].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: КТ брюшной полости при ПЯ имеет высокую диагностическую точность - 98% [12,15,18,19]. КТ позволяет выявить: свободный газ в брюшной полости, свободную жидкость в брюшной полости, утолщение желудочной или дуоденальной стенок в зоне язвы, обнаружить язву и перфоративное отверстие [12,15,18-21].

- Пациентам с подозрением на ПЯ при отсутствии признаков свободного газа в брюшной полости по данным лучевых методов исследования рекомендуется пероральное или через назогастральный зонд введение водорастворимого контрастного препарата с проведением повторного рентгенологического исследования (обзорная рентгенография органов брюшной полости или КТ органов брюшной полости) с целью выявления затёков контрастного вещества за пределы ЖКТ [13,15,18,20].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Всем пациентам с подозрением на ПЯ при негативном рентгенологическом исследовании или невозможности проведения КТ рекомендуется проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости для выявления свободного газа и свободной жидкости в брюшной полости [21-24].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: УЗИ органов брюшной полости имеет высокую совокупную диагностическую точность при ПЯ – 91%. При УЗИ можно выявлять утолщенный (пониженной эхогенности) участок стенки органа, содержащей перфорацию.

Ультразвуковым симптомом перфорации язвы является перерыв наружного контура стенки органа в области язвенного дефекта, который заполнен высокоэхогенным содержимым и располагается именно в зоне утолщения. Язвенный дефект при УЗИ наиболее часто выглядит в виде конуса или неправильного конусовидного образования «рыбьего глаза» (по Т. Yoschizumi) [25]. При подозрении на прикрытую перфорацию совокупная ценность УЗИ составляет: диагностическая точность – 80,0%, специфичность – 85,7%, чувствительность – 66,7%. Однако роль УЗИ в диагностике ПЯ нуждается в уточнении [15].

- Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) рекомендуется пациентам с подозрением на ПЯ при неоднозначной клинико-инструментальной картине (отсутствие симптомов перитонита, отсутствие рентгенологических признаков пневмоперитонеума) и для диагностики других осложнений язвенной болезни (кровотечение, стеноз пилородуоденальной зоны) [30].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: ЭГДС позволяет установить наличие прободной язвы в 90% случаев [30].

В случаях прикрытой перфорации, при отсутствии свободного воздуха в брюшной полости по данным лучевых методов исследования, при ЭГДС можно обнаружить язвенный дефект с перфорацией, а при повторном рентгенологическом исследовании после ЭГДС – возможно появление признаков свободного воздуха в брюшной полости. Кроме того, эндоскопия также позволяет выполнить биопсию и исключить стеноз пилородуоденальной зоны.

• Диагностическая лапароскопия рекомендуется пациентам с подозрением на ПЯ при отсутствии свободного газа в брюшной полости, но при сохраняющемся подозрении на перфорацию полого органа [10,15,27,29].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий. При лапароскопии можно выявить характерный перитонеальный экссудат с примесью желудочного содержимого или желчи, обнаружить перфоративное отверстие, уточнить его локализацию, размеры, выраженность язвенного инфильтрата, оценить наличие, распространённость и выраженность перитонита. Диагностическая лапароскопия может быть трансформирована в лечебную операцию.

• Всем пациентам с ПЯ в ходе операции рекомендуется выполнение бактериологического, микробиологического (культурального) исследования перитонеальной жидкости на аэробные и факультативно анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, анаэробные неспорообразующие микроорганизмы, грибы с определением чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам с целью определения спектра бактериальной и грибковой флоры и чувствительности к антибиотикам [15,31,42].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: Инфицирование брюшной полости содержимым ЖКТ при прободной язве закономерно ведёт к развитию инфекционных осложнений, частота которых варьирует от 17% до 63%. Наиболее частыми бактериальными осложнениями являются раневая и респираторная инфекция. Грибковая инфекция у пациентов с ПЯ увеличивает риск тяжёлых инфекционных осложнений и сопряжена с увеличением продолжительности стационарного лечения [31].

2.5. Иные диагностические исследования

Не предусмотрены

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

3.1. Лечебная тактика

Показанием для начала лечения пациента с ПЯ является установленный диагноз прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

• Пациентам с диагностированной ПЯ рекомендуется экстренное хирургическое лечение [8,10,12,34].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств – 3)

• Лечение пациентов с ПЯ предусматривает максимально раннее ушивание прободного отверстия или удаление язвы с прободным отверстием, предотвращение рецидива язвы и профилактику возможных осложнений операции. Вопрос о выборе хирургического метода лечения зависит от индивидуальных особенностей течения заболевания у конкретного пациента [4,5,8,14,15,16,28].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 3)

3.2. Консервативное лечение

• Консервативное лечение пациентов с ПЯ не рекомендуется в связи с высоким риском осложнений и смертности [14,15,32-34].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий. Консервативное лечение ПЯ, известное в медицинской литературе как метод Тейлора (1946) не получило широкого признания среди отечественных хирургов. Между тем, метод Тейлора за рубежом включен в лечебные протоколы и применяется в исключительных случаях прикрытой перфорации, подтверждённой по данным КТ с пероральным контрастированием. В России консервативный метод лечения ПЯ применяется только при категорическом отказе пациента и родственников от операции или

невозможности выполнить операцию из-за крайней тяжести состояния пациента, при наличии абсолютных противопоказаний к хирургическому лечению.

Метод Тейлора – активная назогастральная аспирация желудочного содержимого, антибактериальная, антисекреторная, дезинтоксикационная терапия и анальгезия.

Установлено, что каждый час задержки от поступления до операции снижает вероятность выживания на 2,4% по сравнению с предыдущим часом [34].

3.3. Предоперационная подготовка

• Пациентам с ПЯ рекомендуется провести предоперационную подготовку, включающую эмпирическое назначение антибиотиков, коррекцию органной дисфункции, вызванную сопутствующими заболеваниями, установку назогастрального зонда для эвакуации содержимого желудка, гигиеническую подготовку области оперативного вмешательства. Первая инъекция антибиотиков должна быть выполнена до начала операции [8,10,12,35-40].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 3)

• Рекомендуется оценка состояния пациентов с ПЯ с целью своевременного выявления сепсиса для предотвращения прогрессирования органной дисфункции и снижения смертности [15].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

• Для оценки тяжести состояния пациентов с ПЯ рекомендуется использовать шкалы (qSOFA, SOFA) [15,83].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

• Пациентам с ПЯ с клинико-лабораторными признаками сепсиса, в состоянии декомпенсации сопутствующих заболеваний рекомендуется проведение предоперационной подготовки в условиях отделения реанимации с целью снижения смертности. Целевыми физиологическими показателями являются: САД ≥ 65 мм рт.ст., темп диуреза $\geq 0,5$ мл/кг/час, нормализация уровня лактата [35-40].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий. Пациенты с признаками сепсиса, в состоянии декомпенсации, с нестабильными показателями жизнедеятельности нуждаются в скорейшем проведении лечебных мероприятий в отделении реанимации и интенсивной терапии, параллельно с подготовкой к операции. Лечение указанной группы пациентов соответствует общим принципам ведения пациентов с сепсисом, декомпенсацией витальных функций [35-40].

• Пациентам с ПЯ рекомендуется скорейшее начало стартовой эмпирической антибиотикотерапии широкого спектра действия (против Грам+, Грам- и анаэробных бактерий) с последующей деэскалацией после получения результатов микробиологического исследования перитонеальной жидкости с определением чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам с целью снижения риска развития послеоперационных гнойно-септических осложнений [15].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий. При отсутствии септических осложнений антибиотикотерапия должна быть начата в рамках предоперационной подготовки (за 30-60 минут до разреза кожи), при развитии септических осложнений – в максимально короткие сроки.

• После операции пациентам с ПЯ рекомендуется короткий курс антибиотикотерапии (в течение 3-5 суток или до нормализации маркеров воспаления) с целью предотвращения развития антибиотикорезистентности бактериальных штаммов [15].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

• Пациентам с ПЯ не рекомендуется рутинное назначение эмпирической противогрибковой терапии [15,41].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий. Была опровергнута эффективность рутинного назначения эмпирической противогрибковой терапии. Эмпирическое назначение противогрибковых препаратов рекомендовано пациентам с высоким риском грибковой инфекции (в состоянии иммунодефицита, старческого возраста, с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, длительно находящимся в отделении реанимации) [15,41].

3.4. Хирургическое лечение

• При хирургическом лечении пациентов с ПЯ врачу-хирургу рекомендуется выбрать один из трех видов хирургических вмешательств: ушивание прободного отверстия, иссечение

прободной язвы или резекцию желудка. При этом необходимо стремиться к вмешательству минимального объёма [10,15,17,42-50].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

• У пациентов с ПЯ размером менее 2 см рекомендуется ушивание язвенного дефекта узловыми или П-образными швами. Аппликация пряди большого сальника при этом не является обязательной процедурой [15,47,48,50].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий. При ушивании ПЯ необходимость аппликации сальника к язвенному дефекту остаётся на усмотрение хирурга. Опубликованные ретроспективные исследования не могут доказать преимущество аппликации сальника при ушивании язвы. Указанный приём не имел преимуществ в частоте осложнений, продолжительности операции и времени стационарного лечения [15,47,48,50].

• В лечении пациентов с ПЯ диаметром более 2 см рекомендуется индивидуальный подход, основанный на локализации язвы. В случае больших язв желудка, с подозрением на малигнизацию рекомендуется резекция со срочным патологоанатомическим исследованием операционного материала (при возможности). В случае больших язв двенадцатиперстной кишки рекомендуется выполнить резекцию или ушивание с/без пилоропластики и наружным дренированием желчных протоков. Гастростомия и дуоденостомия рекомендуются только в исключительных случаях, когда врач-хирург не может устранить перфорацию одним из указанных выше способов [15,49-56].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий. Ушивание прободного отверстия можно выполнить в большинстве случаев. Исключения составляют следующие ситуации:

1. Прорезывание швов ушиваемых тканей, сомнения в герметичности ушитого прободного отверстия из-за инфильтрации тканей вокруг язвенного дефекта;
2. Стеноз пилородуоденальной зоны;
3. Прободение гигантской или пенетрирующей язвы;
4. Подозрение на малигнизацию язвы.

Методы ушивания прободного отверстия:

1. Ушивание узловыми или П-образными швами;
2. Ушивание узловыми однорядными швами с подшиванием пряди сальника в виде плаща к линии шва;
3. Ушивание узловыми однорядными швами с тампонированием перфорационного отверстия прядью сальника на ножке (операция Опделя-Поликарова).

*Ушивание прободной язвы двенадцатиперстной кишки может быть дополнено ваготомией на усмотрение врача-хирурга [54-59]. Следует учесть, что применение эрадикации *Helicobacter pylori* в комбинации с инъекционной формой ингибиторов протонного насоса в 1-е сутки после операции приносит эффект сопоставимый с применением ваготомии и может заменить её [60-67].*

В выборе оптимальной тактики необходимо ориентироваться на локализацию, размеры язвенного дефекта, инфильтрата, наличие стеноза ДПК, владение врачом-хирургом навыков выполнения вмешательства.

При прободной каллёзной язве желудка диаметром более 2 см рекомендуется иссекать прободную язву желудка с зоной инфильтрации, а дефект в его стенке ушивать узловыми швами без сужения просвета желудка [53,57].

При прободных каллёзных язвах передней и задней стенок двенадцатиперстной кишки рекомендуется рассмотреть возможность выполнения резекции желудка. При невозможности выполнить резекцию желудка язва экономно иссекается, рана задней стенки ушивается без натяжения, а на передней стенке выполняется пилоропластика в любой модификации.

Иссечение язвы желудка на малой кривизне или на большой кривизне, чаще всего, требует мобилизации желудка, как и при его резекции. Язву двенадцатиперстной кишки следует иссекать вместе с зоной инфильтрации.

При невозможности устранения гигантских прободных язв (более 2 см), осложнённых обширным плотным инфильтратом, в рамках одного вмешательства, рекомендуется разделить операцию на 2 этапа:

1-й этап – экстренный – производится ушивание прободного отверстия независимо от локализации;

2-й этап – плановый, выполняется резекция желудка или гастрэктомия, с возможной резекцией вовлечённых в воспалительный процесс органов [12,15,68,69,70].

С точки зрения подавления желудочной кислотопродукции к радикальным операциям относятся дистальная резекция в объеме не менее 2/3 желудка, и антрумэктомия с различными вариантами ваготомии. При анализе отдалённых результатов операций по шкале Visick установлено, что лучшие результаты лечения были получены после первичной резекции 2/3 желудка по Бильрот-I (95,2% больных) и антрумэктомии с передней селективной и задней стволовой ваготомией (95%), после резекции желудка по Бильрот-II положительные результаты получены у 78,1% больных [70]. Условия для резекции желудка: компенсированное состояние пациента и владение врачом-хирургом методикой резекции желудка [15,70].

При наличии ПЯ двенадцатиперстной кишки, осложнённой стенозом, рекомендуется прибегнуть к одному из перечисленных приёмов: ушить прободное отверстие с наложением обходного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом; иссечь язву с выполнением пилоропластики по Финнею или выполнить резекцию желудка [13,15,68,69,70]. Изолированное ушивание язвы двенадцатиперстной кишки на фоне её стеноза приводит к развитию гастростаза и несостоятельности ушитого перфоративного отверстия.

18

При сочетании двух осложнений язвенной болезни – кровотечения и прободения язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки, рекомендуется её ушивание, при невозможности ушивания – иссечение, пилоропластика [15,45,56-59].

При перфорации язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки и кровотечении из язвы задней её стенки в первую очередь рекомендуется стремиться к малоинвазивным методам лечения (эндоскопический гемостаз, прошивание язвы задней стенки желудка с интраоперационным эндоскопическим контролем), ушивание или иссечение язвы передней стенки. При неэффективности или невозможности малоинвазивных методов лечения рекомендована резекция желудка [13,15,55-59]. Кровотокающий сосуд в дне язвы задней стенки верифицируется, прошивается и перевязывается. Края язвы задней стенки иссекаются по периметру язвы на протяжении 1-2 мм на глубину слизистого и подслизистого слоёв. После этого, обычно, восстанавливается их подвижность и дифференцировка. Это позволяет ушить дефект стенки над дном язвы и прошитыми сосудами без натяжения и риска повреждения подлежащих тканей поджелудочной железы, большого сосочка двенадцатиперстной кишки, холедоха и других структур гепатодуоденальной связки. При невозможности ушить или иссечь прободную язву, а также выполнить резекцию желудка, рекомендуется ввести в прободное отверстие дренажную трубку или катетер самоудерживающийся крупноголовчатый латексный типа Пеццера (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 [15,68,70]. В ближайшем послеоперационном периоде проконсультировать пациента в региональном хирургическом центре.

3.5. Малоинвазивное лечение

• У пациентов с ПЯ и стабильными показателями витальных функций рекомендуется выполнение хирургического вмешательства лапароскопическим доступом. Открытая операция рекомендуется при отсутствии лапароскопического оборудования или соответствующих навыков у врача-хирурга [15,28,29,42,44,71-77].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий. В зарубежных публикациях частота применения лапароскопического ушивания ПЯ достигает 23% [71,74]. В РФ 2018 году лапароскопическое ушивание ПЯ произведено в 9,42% случаев с колебанием доли лапароскопических операций в отдельных регионах от 0,43% до 55,43%. Уровень послеоперационной летальности варьировал от 0% до 12,5 % при среднем показателе 1,05% [7].

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

Показания к лапароскопическому ушиванию прободной язвы:

1. Стабильное состояние пациента;
2. Локализация прободного отверстия на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки;
3. Небольшие размеры прободного отверстия (менее 10 мм при язве желудка и менее 6 мм – при язве ДПК).

Противопоказания:

1. Поздняя госпитализация (более 24 часов после начала заболевания) [78-83];
2. Нестабильное состояние пациента;
3. Труднодоступная локализация язвы;
4. Подозрение на малигнизацию язвы;
5. Каллезная язва;
6. Перифокальное воспаление стенки органа до 10 мм;
7. Вторичный разлитой гнойный перитонит, тяжёлый сепсис;
8. Наличие сопутствующих заболеваний и состояний, препятствующих наложению карбоксиперитонеума.

Наряду с ушиванием прободного отверстия, лапароскопическим методом могут быть выполнены: иссечение прободного отверстия, пилоропластика, двухсторонняя стволовая, селективная и селективная проксимальная ваготомии, резекция желудка.

Альтернативным вариантом лапароскопического ушивания прободной язвы является лапароскопически ассистированное ушивание прободной язвы, которое включает: диагностическую лапароскопию, удаления выпота и санацию брюшной полости; этап минилапаротомии и ушивание прободного отверстия, ушивание минидоступа; этап лапароскопической санации [11,13].

• Пациентам с ПЯ и нестабильными показателями витальных функций рекомендуется выполнение вмешательства через лапаротомный доступ [15,28,29,42, 44,71-77].

Уровень убедительности рекомендации В (Уровень достоверности доказательств – 1)

• У пациентов с ПЯ рекомендуется применять прогностические системы, включая шкалы J. Voeu, PULP, ASA для стратификации риска и прогнозирования исхода [78,82,83].

Уровень убедительности рекомендации В (Уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий. Шкала J. Voeu получила наиболее широкое распространение среди зарубежных хирургов из-за высокого уровня достоверности прогноза (93,8%). Она состоит из 3 факторов риска, каждый из которых оценивается в 1 балл: гемодинамическая нестабильность при поступлении (систолическое АД менее 100 мм. рт. ст.), поздняя госпитализация (свыше 24 ч.), наличие сопутствующих заболеваний (ASA > 3). При наличии 2-3 факторов (2-3 балла по шкале J. Voeu) Европейское общество эндоскопических хирургов (EAES) не рекомендует использовать лапароскопическую операцию у этих пациентов, а предлагает сразу выполнять вмешательство из открытого доступа. Кроме указанных выше шкал, Thorsen A.L. et. al отметили ряд показателей, являющихся предикторами неблагоприятного исхода ПЯ. К ним относятся: старческий возраст, сопутствующее онкологическое заболевание, гипоальбуминемия, гипербилирубинемия, повышенный креатинин и продолжительность заболевания более суток [83].

• У пациентов с ПЯ не рекомендуется эндоскопическое лечение в виде клипирования, герметизации фибриновым клеем или стентирования [15,92].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий. Описано закрытие острых ятрогенных перфораций эндоскопическими клипсами [89,90], однако клипсы могут быть неэффективны при перфоративных язвах с фиброзной тканью. Применяются комбинированные лапароскопические и эндоскопические подходы для закрытия перфоративных язв [93].

У пациентов с тяжелой сопутствующей патологией гастроскопия и установка стента с последующим рентгенологически направленным дренированием может быть альтернативой стандартному лечению [93].

Эндоскопическая фиксация сальника и его втягивание в перфоративное отверстие также описывается как эффективное дополнение наряду с пликацией двенадцатиперстной кишки. Однако все вышеперечисленные методы лечения не признаются стандартными подходами в лечении ПЯ и нуждаются в дальнейшем совершенствовании [16].

3.6. Послеоперационное ведение

• В послеоперационном периоде пациентам с ПЯ рекомендуется проводить медикаментозное лечение, включающее антибиотики, анальгетики, ингибиторы протонного насоса и внутривенные инфузии [8,10,15,66,67,86,88].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий. Антибиотикотерапия подразумевает продолжение эмпирической антибиотикотерапии по одной из стандартных схем, назначенной в рамках предоперационной подготовки. При получении результатов микробиологического исследования перитонеальной жидкости с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам проводится коррекция антибиотикотерапии.

Антисекреторная терапия заключается в назначении ингибиторов протонного насоса (например, пантопразол по 40 мг в/в х 2 раза в сутки в течение не более 7 дней с последующим переходом на таблетированные формы в течение всего периода госпитализации).

Послеоперационное ведение пациентов с нарушением витальных функций соответствует основным принципам ведения пациентов с сепсисом [35-40,84,85].

При послеоперационном лечении пациентов с ПЯ за рубежом реализуют программу FTS (Fast track surgery) или ERAS (Enhanced recovery after surgery), основными пунктами которых являются: коротко действующие анестетики в раннем послеоперационном периоде, ранняя реабилитация пациента, раннее начало послеоперационного перорального приема жидкости и пищи, раннее удаление мочевого катетера, отказ от использования назогастрального зонда [86,88]. Чаще такую программу назначают больным с местным перитонитом [67].

Выполнение программы контролируется в динамике, основным критерием её применения является раннее восстановление перистальтики кишечника. При ранних признаках осложнённого течения послеоперационного периода или при отсутствии перистальтики кишечника программа останавливается.

• В послеоперационном периоде пациенту, перенесшему хирургическое лечение ПЯ, рекомендуется проведение ежедневной оценки тяжести состояния [2,8,5,14].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

• В послеоперационном периоде пациенту, перенесшему хирургическое лечение ПЯ рекомендуется определение основных лабораторных показателей в динамике [2,8,5,14,15].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

• В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших вмешательство по поводу ПЯ рекомендуется контроль и уход за дренажами брюшной полости, назогастральным или назоинтестинальным зондом, а также своевременное их удаление [2,8,5,14].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий. Контроль дренажей подразумевает определение его функциональной способности, характера и объема отделяемого, удаление при отсутствии экссудата. При объеме отделяемого более 50,0 мл удаление дренажа не рекомендуется во избежание формирования абсцесса брюшной полости.

• После операции по поводу ПЯ при наличии тяжелых форм распространенного перитонита и сепсиса пациентов рекомендуется лечить в условиях реанимационного отделения [61,65,66].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2)

• В послеоперационном периоде пациентам при подозрении на развитие осложнений рекомендуется проведение УЗИ органов брюшной полости или КТ брюшной полости [95-97].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2)

3.7. Диетотерапия

• Пациентам с ПЯ в дооперационном периоде и в день после операции рекомендуется голод. В послеоперационном периоде рекомендуется раннее энтеральное питание с постепенным увеличением частоты и объема принимаемой жидкости и пищи [10,86,88,89].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2)

Основные принципы диетотерапии изложены в клинических рекомендациях «Язвенная болезнь» [61]. В дооперационном периоде и в день операции пациентам с ПЯ рекомендуется голод. Приём жидкости в ограниченном количестве (до 500 мл), как правило, разрешён на следующий день после операции, со 2-3 дня питьевой режим без ограничений. Начало приёма пищи, как правило, приходится на 2-3 послеоперационный день, разрешается питание каждые

2-3 часа ограниченными порциями из набора продуктов стола диеты 0а и 0б, постепенно стол расширяется к 6-7 дню до питания 6 раз в день на основе диеты № 1а с исключением блюд на цельном молоке [10,86,88,89].

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.

- Всем пациентам, которым было выполнено хирургическое вмешательство по поводу ПЯ с целью заживления язвы рекомендуется: ограничение физической нагрузки в течение 1 месяца; лечебное питание – стол №1; комплексное лечение у врача-гастроэнтеролога с назначением эрадикационной противоязвенной терапии; повторная ЭГДС через 2-3 месяца после проведения противоязвенной терапии; после заживления язвы по данным ЭГДС разрешается проводить санаторно-курортное лечение [10,61,62,66].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Пациенту, прооперированному по поводу ПЯ, после выписки из стационара рекомендуется наблюдение у врача-хирурга и врача-гастроэнтеролога в поликлинике (продолжительность амбулаторного лечения и вопрос о трудоспособности решается индивидуально); диета №1 по М.И. Певзнеру, частое, дробное, щадящее питание; эрадикационная терапия после ушивания и иссечения язвы [61,62,66].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2)

*Комментарии: Согласно рекомендациям «Маастрихт-5» (Флоренция, 2015), если показатели резистентности к кларитромицину** в регионе не превышают 10%, то в качестве схемы первой линии назначается стандартная тройная терапия без предварительного тестирования. Если показатели устойчивости находятся в пределах 10-50%, то вначале определяется чувствительность к кларитромицину** с помощью молекулярных методов (ПЦР в режиме реального времени).*

Подробнее схемы эрадикационной терапии указаны в Клинических рекомендациях «Язвенная болезнь» [61].

- Всем пациентам, перенесшим ушивание или иссечение ПЯ с целью профилактики рецидива заболевания, рекомендуется диспансерное наблюдение у участкового врача-терапевта, врача общей практики или врача-гастроэнтеролога по месту жительства; курсы комплексного противорецидивного лечения по поводу язвенной болезни. После резекции желудка - комплексное обследование 1 раз в год; обследование на наличие инфекции *H. Pylori* [10,61].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

*Комментарий. Роль *H. pylori* в развитии язвенной болезни и её осложнений пока остается актуальной, поэтому мониторинг этого возбудителя и его эрадикация являются методом комплексной профилактики [61].*

V. Дополнительные методы диагностики, лечения:

Методы	Наименование, кратность	Нормативный документ
Физиотерапевтические методы	Не показаны	
Клиническая лабораторная диагностика	Не показаны	
Цитологические, гистологические методы диагностики	Гистология иссеченной язвы	ПРИКАЗ от 10 июня 2021 года N 611н Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при язвенной болезни (диагностика и лечение)
Иглорефлексотерапия	Не показаны	

Гирудотерапия	Не показаны	
Экстракорпоральные методы	Не показаны	
Методы традиционной китайской медицины	Не показаны	
Методы остеопатии	Не показаны	

VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: Не требуется.

VII. Показания для госпитализации.

Показания к госпитализации:

- Сомнительный диагноз (подозрение на прободную язву по клиническим и анамнестическим данным);
- Подтверждённая перфорация полого органа по данным инструментальных методов диагностики (свободный газ в брюшной полости).

Показания к выписке из стационара:

- стабилизация состояния пациента;
- стойкий регресс признаков системной воспалительной реакции;
- улучшение функции всех органов;
- положительная динамика функционального состояния ЖКТ (восстановление моторики, естественное питание);
- купирование явлений перитонита;
- отсутствие гнойно-септических и внутрибрюшных осложнений.

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи:

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности и доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	О/а крови	1		
К 0.9	Эзофагогастродуоденоскопия Исследование кала на скрытую кровь	1 1		
К 0.8				
К 0.7	13С-уреазный дыхательный тест на Helicobacter Pylori	1	В	2
К 0.6	Биопсия желудка с помощью эндоскопии	5		
К 0.5				

№	Критерии качества	УД	УУР
Диагностический этап			
1	Выполнен осмотр врачом-хирургом при поступлении в приёмное отделение	1	А
2	Выполнен общий анализ крови развернутый, анализ крови биохимический с определением уровня амилазы, коагулограмма	3	С
3	Выполнен общий анализ мочи	3	С
4	Выполнена рентгенография грудной клетки и брюшной полости	2	В
5	Выполнено УЗИ органов брюшной полости	2	В
6	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости (при не информативности других диагностических методов и при наличии технической возможности)	2	В
Этап лечения			
7	Введение антибактериальных препаратов выполнено вместе с инфузионной терапией до начала операции (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2	В
8	Проведено хирургическое лечение в течение 2 часов от момента постановки диагноза	1	А
9	Выполнено микробиологическое исследование перитонеальной жидкости с определением чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам	1	А
10	Назначено антибактериальное лечение до получения результатов микробиологического исследования (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2	В
11	Проведена (при необходимости) корректировка антибактериального лечения, в зависимости от полученного микробиологического исследования, данных обследования и осмотра (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2	В
12	Проведена в/в антисекреторная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2	В
13	Выполнено УЗИ или КТ (при наличии) брюшной полости при подозрении на осложнения в послеоперационном периоде	2	В

IX. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (<i>Прободная язва</i>)			
Мероприятия	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
Диагностика	Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 г. № 773н "Об утверждении стандарта специализированной		

	медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки"		
1.			
2.			
3.			
Лечение	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 773н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки"		
1.			
2.			
3.			
4.			

Х. Информация для пациента (кратко о заболевании).

Прободение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки – это тяжёлое осложнение язвенной болезни. Это осложнение может развиваться и при диагностированной ранее язве и в случаях, когда пациент не знает, что у него уже имеется язва в желудке или в двенадцатиперстной кишке.

Начало болезни, как правило, острое и начинается с сильной боли в животе. Где бы не находился пациент, ему необходимо предложить прилечь до приезда скорой помощи.

Как правило, исход лечения после операции при прободной язве благоприятный. Однако пациент должен знать, что даже при зажившей язве, язвенная болезнь не исчезает. Пациент должен знать, что язвенная болезнь — это хроническое заболевание, поэтому лечение после операции необходимо продолжить. План лечения должен выработать участковый врач, врач общей практики или врач-гастроэнтеролог. Поэтому после выписки из стационара первый визит должен быть сделан к участковому врачу.

В течение первых 3-х лет после операции, для предотвращения обострений язвенной болезни, пациенту нужно проводить клиническую и инструментальную диагностику не менее 1 раза в год. Пациент должен знать, что при появлении внезапной боли в животе, нужно обратиться за помощью к окружающим или вызвать скорую помощь самостоятельно.

XI. Алгоритмы действий врача (схема):

