

СЛУЧАЙ ПЕРФОРАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, РАСПОЛОЖЕННОЙ В ОБЛАСТИ ДУОДЕНОЕЮНАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

К.Х.ХОТАМОВ, И.В.МЕЛЬНИК, Р.А.ЯНГИЕВ, Д.Б.ТУЛЯГАНОВ

The case of the perforation of duodenal ulcer situated in the duodenojejunal flexure

K.KH.KHOTAMOV, I.V.MELNIK, R.A.YANGIEV, D.B.TULYAGANOV

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Описывается случай перфорации хронической язвы двенадцатиперстной кишки, расположенной в области дуоденоюнального перехода, первый за десятилетний период функционирования РНЦЭМП. Пациентка после операции и в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

It is described the case of the perforation of duodenal ulcer situated in the duodenojejunal flexure which has been the first one since the 10 years period of RRCEM activity. The female patient was out-patient in good fettle for out-patient treatment.

Ключевые слова: язвенная болезнь, перфорация, осложнение, постбульбарная язва, хирургическое лечение

Прободная язва - тяжелейшее осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, приводящее к развитию перитонита. Гастродуоденальные язвы чаще перфорируют у мужчин с коротким язвенным анамнезом (до 3 лет), обычно в осенний или весенний период, что, по-видимому, связано с сезонным обострением язвенной болезни. Во время войн и экономических кризисов частота прободения возрастает в 2 раза, что связано с ухудшением питания и негативным психоэмоциональным фоном. Перфорация язвы может возникнуть в любом возрасте - как в детском - до 10 лет, так и в старческом - после 80, но в основном встречается у больных от 20 до 40 лет. Для молодых людей характерна перфорация язв, локализующихся в двенадцатиперстной кишке (ДПК) (85%), для пожилых - в желудке. У 10% больных перфорация гастродуоденальной язвы сопровождается кровотечением в желудочно-кишечный тракт.

Классификация

1. По этиологии различают перфорацию хронической и острой симптоматической язвы (гормональной, стрессовой и др.).

2. По локализации: а) язвы желудка (малой или большой кривизны, передней или задней стенки в антральном, препилорическом, пилорическом, кардиальном отделе либо в теле желудка;

б) язвы двенадцатиперстной кишки (бульбарные, постбульбарные).

3. По клинической форме: а) прободение в свободную брюшную полость (типичное, прикрытое);

б) атипичная перфорация (в сальниковую сумку, малый или большой сальник - между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость);

в) сочетание перфорации с кровотечением в желудочно-кишечный тракт.

4. По фазе перитонита (по клиническим периодам): фаза химического перитонита (период первичного шока); фаза развития бактериального перитонита и синдрома системной воспалительной реакции (период мнимого благополучия); фаза разлитого гнойного перитонита (период тяжелого абдоминального сепсиса) [1-5].

Язвы возникают также у 84—92% больных с синдромом Золлингера—Эллисона. При этом могут наблюдаться: 1) язвы двенадцатиперстной кишки; 2) язвы внежелудочной и внелуковичной локализации; 3) множественные язвы; 4) рецидивные язвы после оперативного лечения. Одиночные язвы лу-

ковицы двенадцатиперстной кишки встречаются приблизительно у 25% больных. Дифференциальная диагностика представляет трудности и основана на тяжелом течении заболевания, отсутствии эффекта от консервативной терапии, рентгенологических признаках желудочной гиперсекреции, сочетающихся с воспалительными изменениями двенадцатиперстной и тощей кишки; хроническом поносе. Поставить диагноз позволяет исследование в сыворотке крови желудочной секреции с последующим определением содержания гастрина. Язвы, располагающиеся вне желудка или луковицы двенадцатиперстной кишки, встречаются у 25% больных. Обычно они располагаются в дистальной части двенадцатиперстной или в тощей кишке, значительно реже (у 1—7% больных) — в пищеводе. При необычной локализации язвы всегда следует думать о синдроме Золлингера—Эллисона. Существует несколько причин образования язв атипичной локализации. Слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки защищают щелочной секрет, богатое кровоснабжение. Слизистая оболочка тощей кишки более ранима, имеет худшее кровоснабжение. Множественные язвы отмечаются у 10—20% больных с синдромом Золлингера—Эллисона. Часто одна язва локализуется в луковице, а другие — в нисходящей части ДПК или в тощей кишке. Характерно упорное рецидивирование язв после обычных оперативных вмешательств (резекция, ваготомиа и др.) в сроки от нескольких дней до нескольких недель. По данным Zollinger (1974), наиболее частым осложнением язвы является устойчивость к консервативному лечению (43%), кровотечение (32%), перфорация (23%), стеноз (7%). Множественные перфорации наблюдались у 8% больных, у 6% наступила перфорация язв тощей кишки. Не было осложнений у 16% больных. Резко выраженный болевой синдром, обусловленный как язвенным диатезом, так и поносом, наблюдается у 90% больных [6].

Мы наблюдали случай перфорации язвы двенадцатиперстной кишки, расположенной в области дуоденоюнального перехода.

Больная К., 62 лет, доставлена машиной скорой помощи 02.04.09 г. в 23.30 с жалобами на интенсивные боли в животе, более выраженные в эпигастральной области, тошноту, многократную рвоту небольшим количеством желудочного содержимого, не приносящую облегчения, общую слабость. Со слов больной 02.04.09 г. около 03.00 часов проснулась от внезапно возникших «кинжальных» болей в эпигастральной области, с иррадиацией в поясницу с обеих сторон.

Приехавшие по вызову, врачи скорой помощи, осмотрев больную, сделали инъекцию спазмолитиков, которая привела к уменьшению болей. Пациентка оставлена дома. В домашних условиях продолжала прием спазмолитиков, обезболивающих средств. В связи отсутствием существенного эффекта от проводимого лечения, сохранением и усилением в динамике болей в животе, повторно вызванной бригадой врачей скорой помощи пациентка доставлена в РНЦЭМП. Имеется язвенный анамнез на протяжении 15 лет. Последние 5 лет больная отмечает наличие ноющих болей в эпигастриальной области, периодическую рвоту застойным желудочным содержимым, похудание. Однако в медицинские учреждения больная не обращалась, обследования и лечения не проводила. Общее состояние больной тяжелое. Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирована. На вопросы отвечает по существу. Положение пассивное с согнутыми и приведенными к животу ногами. Правильного телосложения, пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Тургор кожи снижен, кожа сухая на ощупь. Аускультативно на всем протяжении легких с обеих сторон прослушивается ослабленное везикулярное дыхание. Хрипов нет. Пульс 100 уд. в мин. АД - 80/50 мм рт.ст. Деятельность сердца ритмичная, тоны сердца звучные. Язык сухой, обложен грязным серым налетом. Живот привздут, симметричный, в акте дыхания участвует ограничено. Пальпаторно отмечается напряжение мышц, болезненность и наличие симптомов раздражения брюшины на всем протяжении передней брюшной стенки. Печень, селезенку пальпировать не удалось в связи с болевым синдромом. Перкуторно печеночная тупость сохранена, притупления в отлогих местах брюшной полости не выявлено. Аускультативно перистальтика кишечника не выслушивается. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стула не было в течение 3-х суток, диурез сниженный, мочеиспускание свободное, безболезненное.

Обследование: рентгеноскопия грудной клетки – патологии не выявлено. Рентгеноскопия брюшной полости: свободного газа под куполами диафрагмы не выявлено. Эзофагогастродуоденофиброскопия - пищевод без патологии. Желудок несколько эктазирован. Содержит застойное желудочное содержимое. Язв, опухолей, полипов не обнаружено. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована за счет язвенных рубцов. Выявлена хроническая язва передневерхней стенки диаметром до 2 см. При выполнении эндоскопии болевой синдром в животе значительно усилился, появилась иррадиация болей в правое плечо. Повторная рентгеноскопия брюшной полости выявила серповидные прослойки свободного газа под обоими куполами диафрагмы. Общий анализ крови: Нв – 118 г/л, э.- 3,9. л.- 18,7 тыс., п.- 12%, с.- 58%, лимф.- 20%, мон.- 8%, эоз.-2%. Биохимия крови: сахар крови - 6,3 ммоль, общий белок - 46,2 ммоль/л, мочевины - 12,0 ммоль/л, креатинин - 0,300 ммоль/л, общий билирубин - 12,5 ммоль/л, прямой отсутствует, диастаза крови- 28,8, калий - 2,8, АСТ - 54,9, АЛТ - 34,2. Предварительный диагноз: перфорация полого органа, перитонит.

После проведения предоперационной подготовки больная в экстренном порядке оперирована. Под общим интубационным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия длиной до 18 см. При рассечении париетальной брюшины передней брюшной стенки из брюшной полости выделился воздух. При ревизии: во всех отделах брюшной полости обнаружен серозно-фибринозный выпот объемом до 1,5 л. Выпот взят на посев и эвакуирован. Париетальная и висцеральная брюшина во всех отделах брюшной полости утолщена, тусклая, с наличием множества мелкоочечных кровоизлияний и наложений пленок фибрина. Печень обыч-

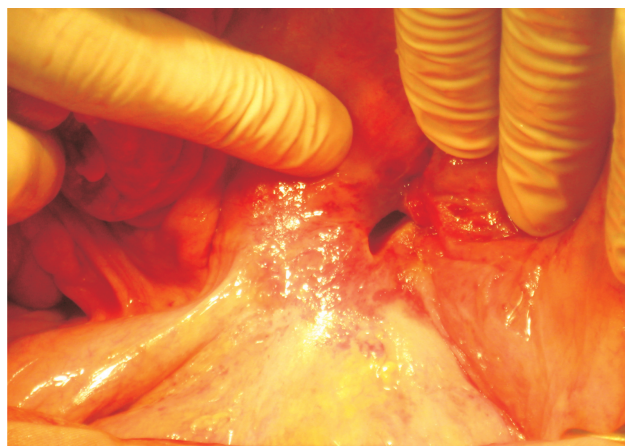


Рис. Перфорация хронической язвы двенадцатиперстной кишки с расположением язвы и перфоративного отверстия в области связки Трейтца.

ного цвета, не увеличена в размерах, поверхность ее гладкая, края закругленные. Желчный пузырь 8x4 см, пальпаторно конкрементов не содержит, легко опорожняется, Селезенка не увеличена. Желудок эктазирован до входа в малый таз, стенки гипертрофированы. В области луковицы двенадцатиперстной кишки имеется язвенный инфильтрат плотной консистенции ориентировочного размера 6,0x5,0 см, пенетрация в гепатодуоденальную связку и головку поджелудочной железы. При осмотре инфильтрата перфоративное отверстие не выявлено. При осмотре области дуоденоюнального перехода медиально от связки Трейтца обнаружен плотный инфильтрат диаметром до 2,5 см, расположенный в стенке нижнегоризонтального отдела двенадцатиперстной кишки (рис.). В центральной части инфильтрата имеется перфоративное отверстие диаметром до 1,0 см, из которого выделяется дуоденальное содержимое с примесью желчи. При дальнейшей ревизии тонкой кишки на расстоянии 2 м от связки Трейтца до илеоцекального угла имеется участок тонкой кишки протяженностью 1,5 м с признаками некроза (черный цвет, отсутствие перистальтики, атоничность стенки, отсутствие пульсации сосудов в брыжейке в области измененной тонкой кишки). Проведенные мероприятия, направленные на улучшение состояния тонкой кишки (согревание горячим раствором, новокаинизация брыжейки), оказались безрезультатными. Участок тонкой кишки протяженностью 1,5 м признан нежизнеспособным, подлежащим резекции. Этиологическим фактором этой находки является нарушение мезентериального кровообращения в данной зоне. При осмотре червеобразного отростка, всех отделов толстой кишки, мочевого пузыря, почек, поджелудочной железы патологии не выявлено.

Учитывая наличие хронической язвы луковицы двенадцатиперстной кишки с признаками стенозирования и хронической язвы нижнегоризонтального отдела двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, в условиях токсической фазы разлитого серозно-фибринозного перитонита решено выполнить ушивание перфоративного отверстия язвы нижнегоризонтального отдела двенадцатиперстной кишки, наложить гастроэнтероанастомоз, резецировать нежизнеспособный участок тонкой кишки с наложением илеоасцендоанастомоза.

Перфоративное отверстие ушито двухрядными швами. Наложено позадибодочный гастроэнтероанастомоз с энтероэнтероанастомозом по Брауну. Резецировано 1,5 м дистального отдела тонкой кишки с наложением энтероасцендо-

анастомоза бок в бок. Брюшная полость санирована, дренирована. Рана ушита послойно.

Послеоперационный диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Синдром Золлингера - Эллисона? Острый тромбоз мезентериальных сосудов. Перфорация хронической язвы нижнегоризонтального отдела двенадцатиперстной кишки и декомпенсированный стеноз привратника язвенной этиологии. Гангрена тонкой кишки. Разлитой серозно-фибринозный перитонит токсическая фаза, ПИМ-30 баллов, тяжелое течение. Кахексия.

Послеоперационный период протекал тяжело. Больная находилась на лечении в хирургической реанимации. Развилась двусторонняя очаговая пневмония с явлениями дыхательной недостаточности. Постепенно состояние пациентки улучшилось. На 18-й день в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

Рекомендовано:

- проведение консервативной противоязвенной терапии;
- обследование для исключения синдрома Золлингера - Эллисона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асадов С.А. Хирургическое лечение «трудных» и осложненных гастродуоденальных язв. Хирургия 2002; 11: 64-69.
2. Булгаков Г.А., Дивилин В.Я., Страдымов А.А. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста. Хи-

рургия 2002; 11: 24-26.

3. Гринберг А.А., Джитава И.Г., Казакова Е.Г. Хирургическое лечение осложнений гастродуоденальных язв. Рос мед журн 2000; 5: 38-40.
4. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М Триада 2004; 640.
5. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г. Осложненные гастродуоденальные язвы. Хирургия 2005; 3: 27-29.
6. Шалимов А. А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев Здоров'я 1987; 568.

Трейтц бойлами соҳасида жойлашган ўн икки бармоқли ичакнинг сурункали яраси тешилиши ҳолати

К.Х.Хотамов, И.В.Мельник, Р.А.Янгиев,
Д.Б.Туляганов

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази

Мақолада Трейтц бойлами соҳасида жойлашган ўн икки бармоқли ичакнинг сурункали яраси тешилиши ҳолати тўлиқ ёритилган. Мазкур ҳолат РШТЎИМнинг 10 йиллик фаолиятидаги дастлабки кузатувдир. Беморга оператив даволашдан сўнг қониқарли аҳволда амбулатор даволаниш учун жавоб берилди.