

УДК 616.342-002.44-06+616.342-007.271-089



А. И. Дронов, Л. А. Рощина

Национальный медицинский университет  
имени А. А. Богомольца, Киев

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТА, ПРООПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО БИЛЬРОТ-I

Приведено клиническое наблюдение послеоперационных осложнений у пациента, прооперированного по поводу рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки по Бильрот-I. Выбранная тактика оперативного лечения данных осложнений была эффективной.



**Ключевые слова:** рубцово-язвенный стеноз двенадцатиперстной кишки, послеоперационный панкреатит, кишечный свищ.

Хирургическое лечение гастродуоденальных язв — актуальная проблема желудочной хирургии. Большинству больных операции проводят на фоне длительного язвенного анамнеза и осложнений данной патологии. В настоящее время хирургически лечат не язвенную болезнь, а ее осложнения. В структуре осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) на долю стеноза приходится от 10,0 до 63,5% (в среднем — 10—30%), на долю декомпенсированного стеноза — от 10 до 15% [1, 2, 6]. При выборе метода хирургического лечения рубцово-язвенного стеноза ДПК учитывают ряд факторов: стадию стеноза, результаты исследования секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка, тонус стенки желудка, морфологические изменения и характер регионарного кровотока [4, 5]. Несмотря на большое количество способов хирургического лечения рубцово-язвенного стеноза ДПК, высокий уровень квалификации хирургических и анестезиологических бригад, частота послеоперационных осложнений достигает 27% [3].

Наиболее трудно диагностируемыми осложнениями, ассоциирующимися с наихудшими результатами лечения, являются несостоятельность швов

культы ДПК, гастродуодено- или гастроэнтероанастомозов, панкреатит. При этом летальность составляет от 11,2 до 100,0%. Такие результаты в значительной мере обусловлены трудностями ранней диагностики осложнений и выбора оптимального варианта хирургического вмешательства, отсутствием специфической терапии. Существуют разные мнения относительно показаний к релапаротомии при ранних послеоперационных осложнениях, сроков ее проведения, объема оперативного вмешательства и особенностей послеоперационного ведения больных. Отсутствие четких клинических критериев в ранние сроки после операции нередко приводит к запоздалым релапаротомиям.

Приводим пример диагностики и лечения послеоперационных осложнений у пациента, прооперированного по поводу рубцово-язвенного стеноза ДПК по Бильрот-I.

Больной К., 54 года, госпитализирован в ургентном порядке 02.12.2013 г. в 3:00 в тяжелом состоянии в отделение реанимации и интенсивной терапии Киевского центра хирургии печени, желчных протоков и поджелудочной железы имени В. С. Земскова с диагнозом: острый послеоперационный панкреатит (состояние после резекции желудка по

Дронов Олексій Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри  
03039, м. Київ, просп. Голосіївський, 59б. Тел./факс (44) 241-72-33

© О. І. Дронов, Л. О. Рощина, 2015

Бильрот-I 23.09.2013 г.). Флегмона забрюшинного пространства. Наружный желчный свищ. Наружный кишечный свищ. Декомпенсированный стеноз гастродуоденоанастомоза. Желудочная фистула. Спаечная болезнь брюшины. Анемия. Кахексия. Инфицированная рана передней брюшной стенки. Сепсис. Хронический гепатит.

При госпитализации больной в сознании. Предъявлял жалобы на боли в области послеоперационной раны передней брюшной стенки, гнойное отделяемое из нее, боли в эпигастриальной области, правом и левом подреберьях, над лонным сочленением, в проекции стояния дренажей, на повышение температуры тела, озноб, сухость во рту, слабость, снижение массы тела на 35 кг за послеоперационный период. Больной отмечал гнойное отделяемое по дренажам справа, по холангиостоме — желчь.

Из анамнеза заболевания установлено, что больному выполнена резекция желудка по Бильрот-I в клинике г. Майнза (ФРГ) 23.09.2013 г. по поводу язвенной болезни ДПК, осложненной стенозом выхода из желудка. В результате развившегося в ранний послеоперационный период перитонита и желтухи 27.09.2013 г. выполнена релапаротомия-I, холедохопанкреатоэюностомия на петле по Ру, в послеоперационный период 04.10.2013 г. — релапаротомия-II по поводу послеоперационного панкреатита, 09.10.2013 г. — релапаротомия-III, холангиостомия, 23.11.2013 г. — релапаротомия-IV.

**Объективно:** общее состояние больного тяжелое (на лежачей каталке). Больной астенической конституции. Отмечено снижение тургора кожи. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, язык сухой. Частота дыхательных движений — 20 в 1 мин. Артериальное давление — 100/60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 105 в 1 мин. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, незначительно вздут. На границе эпигастрия и мезогастрия передней брюшной стенки поперечно расположена послеоперационная рана с признаками гнойного воспаления. Через контрапертуру справа выведены два силиконовых роденовских дренажа, по которым поступает гной с примесью химуса. На коже в проекции контрапертуры — признаки ферментативного дерматита. В правом подреберье выведена холангиостома. Суточный дебит желчного отделяемого через холангиостому — 200—300 мл.

При госпитализации применены лабораторные и инструментальные методы исследования. Общий анализ крови: гемоглобин — 110 г/л, эритроциты —  $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты —  $10,1 \cdot 10^9$ /л, полиморфноядерные — 14 %, сегментоядерные — 71 %, моноциты — 2 %, лимфоциты — 14 %. Биохимический анализ крови: билирубин общий — 19 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза — 2,67 ммоль/л, аспаратаминотрансфераза — 2,6 ммоль/л, мочевины —

5,7 ммоль/л, креатинин — 109,4 мкмоль/л, альбумин — 42 г/л, глюкоза в крови — 6,9 ммоль/л. Коагулограмма: фибриноген — 5100, фибрин — 23 мг, протромбиновый индекс — 80 %, этаноловая проба — положительная. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, удельный вес 1030, pH — 5,5, кетоновые тела — 0,5 ммоль/л, билирубин +, уробилин +, лейкоциты — 8—10 в поле зрения, диастаза мочи — 1024 ед.

02.12.2013 г. при рентгенографии органов грудной клетки отмечены застойные явления в нижних отделах легких. Бактериологический посев с дренажей брюшной полости и определение чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам. Результаты микробиологического исследования 02.12.2013 г. показали наличие *P. aeruginosa* ( $10^9$ ).

Учитывая приведенные данные, пациенту установлен диагноз: острый послеоперационный панкреатит (состояние после резекции желудка по Бильрот-I 23.09.2013 г.). Несостоятельность холедохоэюноанастомоза. Наружный желчный свищ. Декомпенсированный стеноз гастродуоденоанастомоза. Наружный кишечный свищ. Кахексия. Инфицированная послеоперационная рана передней брюшной стенки. Сепсис. Хронический гепатит. Пациенту предложено оперативное лечение.

В качестве дооперационной подготовки пациент получил меропенем, нистатин, «Липофундин», «Нутрифлекс», «Стерофундин», «Рабелок», 20 % альбумин, проведена гемотрансфузия эритроцитарной массы в объеме 300 мл.

После двухдневной дооперационной подготовки в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии 04.12.2013 г. выполнено оперативное лечение по жизненным показаниям.

Операция 04.12.2013 г.: 11:20—18:45. Общее время операции — 7 ч 25 мин. Общее время анестезии — 8 ч. Обезболивание — эндотрахеальный наркоз. Объем кровопотери — 300 мл.

После обработки операционного поля раствором бетадина сняты швы с послеоперационной раны. В брюшной полости — выраженный спаечный процесс, в который вовлечены париетальная брюшина, диафрагмальная и висцеральная поверхность печени, культи желудка, кишечник, сальник. При разделении спаек вскрыт параколярный абсцесс справа объемом 300 мл. Полость абсцесса санирована раствором бетадина. В корне брыжейки тонкой кишки выявлены гнойные полости, заполненные секвестрами. Выполнено вскрытие флегмоны забрюшинного пространства, распространяющейся от диафрагмы до малого таза, удалены секвестры. Объем секвестров — 800 мл. Терминальный отдел подвздошной кишки на протяжении 50 см от илеоцекального отдела и восходящая ободочная кишка ишемизированы. Тромбированы *a. ileocolica* и *a. colica dextra*. При ревизии восходящей ободочной кишки и печеноч-

ного изгиба выявлены два дефекта, откуда поступал химус. Из спаечного процесса выделена петля по Ру, выявлена несостоятельность холедохоюноанастомоза. Холедох до 0,8 см в диаметре. Размер дефекта в дистальном отделе холедоха — до 0,5 см, в тощей кишке — до 2,0 см. Головка поджелудочной железы отечна, утолщена, размером 5 × 4 × 3 см. Из спаечного процесса выделены ДПК и желудок. По большой кривизне желудка выделена гастростомическая трубка. Гастроуденоанастомоз не проходим для зонда диаметром 0,5 см. Учитывая выявленную патологию, больному выполнены: правосторонняя гемиколэктомия с резекцией 70 см подвздошной кишки и наложением илеотрансверзоанастомоза по типу «бок в бок»; холедоходуеноанастомоз; позадиободочный задний гастроэнтероанастомоз с ликвидацией гастростомы; резекция сегмента тощей кишки (петля по Ру) с дефектом. Брюшная полость промыта, осушена. Силиконовые двухпросветные дренажи установлены в брюшную полость и забрюшинное пространство справа и слева.

Макропрепараты: 1) сегмент тонкого кишечника, правая половина толстого кишечника с двумя дефектами до 1,0 см в диаметре каждый;

2) сегмент тощей кишки с дефектом до 2,0 см в диаметре;

3) секвестры жировой клетчатки забрюшинного пространства, брыжейки тонкой кишки.

Результаты патологогистологического исследования 10.12.2013 г.: сегменты тонкого и толстого кишечника с парабиотическими и некротическими изменениями, нарушением кровообращения.

Диагноз после операции: острый послеоперационный некротический инфицированный тотальный поверхностный панкреатит (состояние после резекции желудка по Бильрот-I 23.09.2013 г., релапаротомий). Флегмона забрюшинного пространства. Абсцессы параколярного пространства справа и малого таза. Некроз брыжейки терминального отдела подвздошной кишки, восходящего отдела и печеночного изгиба ободочной кишки. Несостоятельность холедохопанкреатоеюноанастомоза. Наружный желчный свищ. Несформированный неполный свищ тощей кишки (петли Roux). Диффузный перитонит. Желудочная фистула (гастростомы). Стеноз гастроуденального анастомоза. Спаечная болезнь брюшины. Кахексия. Инфицированная послеоперационная рана передней брюшной стенки. Хронический гепатит.

В послеоперационный период больной находился в отделении реанимации и интенсивной

терапии. Ему проведено общее лечение: антибактериальная и инфузионно-трансфузионная терапия, иммунокоррекция, компенсация функций органов и систем и местное лечение послеоперационной раны и контрапертур. Мониторинг результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

В ранний послеоперационный период у пациента возникли клинические проявления острой кишечной непроходимости. 19.12.2013 г. выполнены: релапаротомия-I, устранение спаечной тонкокишечной непроходимости, интубация кишечника, вскрытие резидуальных абсцессов малого таза, лаваж и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Общее время операции — 4 ч 40 мин, общее время анестезии — 5 ч 5 мин.

На фоне проведенного оперативного лечения (04.12.2013 г. и 19.12.2013 г.), малоинвазивных методов лечения (пункции брюшной полости и торакопункции под контролем ультразвука) и интенсивной терапии, включающей дезинтоксикационную и антибактериальную терапию, иммунокоррекцию, парентеральное питание, гемотрансфузии эритроцитарной массы, плазмы крови и альбумина, состояние больного улучшилось. Послеоперационная рана зажила вторичным натяжением.

Перечень лекарственных препаратов, полученных пациентом в послеоперационный период: ванкомицин, гентамицин, «Лефлоркс», нистатин, «Биовен» («Иммуновенин»), «Стерофундин», «Нутрифлекс», «Кабивен», «Липофундин», «Рабелок», метоклопромид, «Наропин», «Омнопон», «Гепасол», «Панграл», «Нормакол», «Клексан», бисопролол, «Дуовит», «Лакто», «Креон», нистатин, эритроцитарная масса, альбумин.

Больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии с наружным панкреатическим свищом, который прекратил функционировать через 1 мес (образовался внутренний панкреатодигестивный свищ).

### **ВЫВОДЫ**

Данное наблюдение демонстрирует трудности диагностики и хирургического лечения послеоперационных осложнений у пациента, оперированного по поводу рубцово-язвенного стеноза ДПК по Бильрот-I. Хирургическое вмешательство позволило четко определить характер и распространенность патологических процессов в брюшной полости, связанных с предыдущим оперативным вмешательством, провести адекватное лечение и спасти жизнь пациенту.

## Литература

1. Бондарев Г. А. Динамика осложнений язвенной болезни в Курской области за 20 лет // Мат. всерос. конф. хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». — Саратов, 2003. — С. 6.
2. Генрих С. Р., Оноприев В. И., Карипиди Г. К., Пахилина А. Н. Радикальная дуоденопластика как универсальная технология хирургической коррекции двенадцатиперстной кишки при язвенном стенозе // Мат. Всерос. конф. хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». — Саратов, 2003. — С. 241.
3. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. — 2001. — № 1. — С. 27—32.
4. Туманов А. Б. Селективная проксимальная ваготомия с дренирующими желудок операциями при рубцово-язвенном стенозе привратника: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 1995.
5. Greene F. L. // Surg. Gynec. Obstet. — 1990. — Vol. 171. — P. 477—480.
6. Wang L. J., Cai J. T., Chen T. et al. The effects of Helicobacter pylori infection on hyperammonaemia and hepatic encephalopathy in cirrhotic patients // Zhonghua Nei Ke Za Zhi. — 2006. — N 45 (8). — P. 654—657.

**О. І. Дронов, Л. О. Рощина**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

### КЛІНІЧНИЙ ПРИКЛАД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРОГО, ПРООПЕРОВАНОГО З ПРИВОДУ РУБЦЕВО-ВИРАЗКОВОГО СТЕНОЗУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ЗА БІЛЬРОТ-I

Наведено клінічне спостереження післяопераційних ускладнень у хворого, прооперованого з приводу рубцево-виразкового стенозу за Більрот-I. Обрана тактика оперативного лікування цих ускладнень була ефективною.

**Ключові слова:** рубцево-виразковий стеноз дванадцятипалої кишки, післяопераційний панкреатит, кишкова норія.

**O. I. Dronov, L. O. Roschyna**

O. O. Bogomlets National Medical University, Kyiv

### BILLROTH-I POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENT WITH SCAR-ULCERATIVE DUODENAL STENOSIS: CASE REPORT

Clinical observation of postoperative complications in patient with scar-ulcerative duodenal stenosis who has been operated by Billroth-I is represented. Used operative tactic gave positive result.

**Key words:** scar-ulcerative duodenal stenosis, postoperative pancreatitis, colonic fistula.