

# КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616.3—002.44

## ПЕРФОРАЦИЯ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ: НЕСТАНДАРТНЫЕ СИТУАЦИИ И НЕСТАНДАРТНЫЕ РЕШЕНИЯ

**С. Г. Белов, Т. И. Тамм, И. Н. Мамонтов, В. В. Непомнящий**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

## PERFORATION OF PEPTIC ULCER: NONSTANDARD SITUATIONS AND NONSTANDARD DECISIONS

**S. G. Belov, T. I. Tamm, I. N. Mamontov, V. V. Nepomnyashchiy**

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education

Одним из наиболее распространенных заболеваний является язва желудка и кишечника, которая часто обуславливает угрожающие жизни осложнения [1 — 3]. Наиболее частым из них является перфорация, по данным сводной статистики, ее частота составляет 2 — 14%, летальность — 10 — 40% [4 — 7]. Высокая частота неблагоприятного исхода заболевания обусловлена как поздней обращаемостью пациентов, так и наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, трудностями диагностики при полиморфизме клинических проявлений, невозможностью использовать весь комплекс исследований из-за тяжести состояния пациентов [4, 5, 8]. Все это определяет значительные трудности при выборе тактики лечения больных, объема хирургического вмешательства, обуславливает необходимость принятия нестандартных решений.

Приводим два наблюдения больных, которых по поводу перфорации пептической язвы лечили в клинике в 2015 г., диагностика и лечение представляло существенные трудности.

1. Больной Ф. 68 лет, доставлен в клинику бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии с диагнозом: острый холецистопанкреатит? Более 2 сут назад возникли опоясывающая боль в верхней половине живота, рвота желчью. Состояние постепенно ухудшалось, не мог самостоятельно передвигаться. По данным анамнеза, злоупотребляет алкоголем, диагностирована гипертоническая болезнь, по поводу чего лечился у терапевта, медицинские документы отсутствуют. Наличие язвы отрицает. Заторможен, на вопросы отвечает адекватно, с трудом из-за одышки.

Положение вынужденное — полусидя, при переходе в положение лежа усиливается одышка. Частота дыхания 26 — 28 в 1 мин, пульс аритмичный, 86 в 1 мин, сла-

бого наполнения, тоны сердца глухие. АД 12,0/8,0 кПа (90/60 мм рт. ст.). При аускультации отмечается ослабленное дыхание в нижних отделах грудной полости.

Язык сухой. Живот большой из-за ожирения (рост 157 см, масса тела 98 кг), ограниченно участвует в дыхании. При пальпации болезнен в верхних отделах, перитонеальные симптомы не выражены, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, перистальтика не нарушена, мочеиспускание не нарушено. Кожа синюшной окраски, с желтушным оттенком. Нижние конечности отечны.

Диагноз: острый холецистопанкреатит.

По данным обзорной рентгенографии отмечены застойные явления в легких; свободный газ, воздушные арки и уровни жидкости в брюшной полости не выявлены, пневматоз толстой кишки. Результаты УЗИ неинформативны из-за выраженного гиперпневматоза. Анализ крови: Hb 99 г/л, гематокрит 0,33, л.  $8,9 \times 10^9$  в 1 л, значительный сдвиг формулы крови: миел. 0,02, метамиел. 0,01, пал. 0,21, сегм. 0,56.

Биохимический анализ крови: мочевины 26,3 ммоль/л, креатинин 0,22 ммоль/л, билирубин общий 55 мкмоль/л, прямой 37 мкмоль/л, непрямой 18 мкмоль/л, амилаза 30 U/L.

Назначена стандартная инфузионная и антибактериальная терапия, в сроки наблюдения до 4 ч оказалась неэффективной, в связи с чем для уточнения диагноза выполнен лапароскопический осмотр, в правой паховой области обнаружено до 150 мл содержимого темно-коричневой окраски. По данным цитологического исследования лейкоциты густо покрывали все поле зрения, нити фибрина, микроорганизмы; на фоне большого количества детрита на всем поле зрения, определяются измененные эритроциты.

В целях дифференциации панкреонекроза от перфоративной язвы проведена гастродуоденофиброскопия (ГДФС), выявлен язвенный кратер в начальном отделе двенадцатиперстной кишки (ДПК) диаметром до 10 мм, введено 50 мл 25% раствора триомбаста. При рентгенографии отмечено поступление контрастного вещества в свободную брюшную полость.

По результатам исследования установлен диагноз: перфоративная язва ДПК, распространенный перитонит, определены абсолютные показания к операции.

При повторном УЗИ (через 6 ч после лапароцентеза) выявлены гепатоспленомегалия, диффузные изменения печени, в боковых отделах брюшной полости свободная жидкость до 1500 мл; органические изменения желчевыводящих путей не обнаружены.

Осмотр терапевта—кардиолога: ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз, фибрилляция предсердий, гипертрофия левого желудочка, уменьшение сократительной способности левого желудочка, гидроперикард, гипертоническая болезнь II—III стадии, сердечная недостаточность III стадии, анасарка. Ожирение 3 степени.

Заключение консилиума в составе хирургов клиники и анестезиологов—реаниматологов: состояние крайней тяжести, обусловленное как хирургическим заболеванием, так и сопутствующей тяжелой сердечно—сосудистой, дыхательной, печеночно—почечной недостаточностью. Частота дыхания (ЧД) 28 в 1 мин, пульс 98 в 1 мин; частота сокращений сердца (ЧСС) 116 в 1 мин, АД 12,0 — 12,7/6,7 — 8,0 кПа (90 — 95/50 — 60 мм рт. ст.) на фоне инфузии дофамина 5 — 6 мг/(кг × мин); центральное венозное давление (ЦВД) 10 мм вод. ст., диурез 200 мл/сут. Заключение: состояние крайней тяжести делает невозможным выполнение операции в условиях общего обезболивания.

Принято решение осуществить дренирование обеих боковых каналов брюшной полости путем лапароцентеза под местной анестезией и продолжить интенсивную терапию в целях подготовки к операции, дополнив ее стоком из желудка и подавлением секреции (пантапразол 80 мг болюсно, затем 40 мл 2 раза в сутки).

Путем дренирования из брюшной полости эвакуировано до 1500 мл мутного, желтушного содержимого с фибринозными включениями.

На 3—и сутки интенсивной терапии состояние пациента стабилизировалось: уменьшилась одышка в покое (ЧД 20—22 в 1 мин), больной мог лежать, ЦВД 110 мм вод. ст., АД 13,3/8,0 кПа (100/60 мм рт. ст.) без инфузии симпатомиметиков, диурез 1500 мл/сут, уменьшилось содержание мочевины, креатинина и билирубина до субнормального, нормализовались показатели АСТ, АЛТ, электролитов. Сток из желудка составил 350 мл/сут. Живот при пальпации мягкий, болезненный в зоне дренажей, уменьшилось количество отделяемого по дренажам. Сохраняется отечность верхних и нижних конечностей.

Для уточнения дальнейшей тактики лечения проведена повторная гастрография с введением 50 мл триом-

баста, обнаружено поступление контрастного вещества в брюшную полость, что подтвердило необходимость выполнения оперативного вмешательства.

Произведена верхняя и средняя срединная лапаротомия в условиях интубационного наркоза. Отмечено расширение венозной сети предбрюшинной клетчатки. При ревизии брюшной полости обнаружены серозно—желтушный выпот во всех отделах, наложения фибрина на париетальной и висцеральной брюшине, петли тонкой кишки расширены до 2,0 — 2,2 см, петли "нетяжелые". Выявлена перфоративная язва передне—латеральной стенки ДПК диаметром до 1 см, инфильтрация стенки кишки, распространяющаяся на окружающую клетчатку. Печень увеличена, плотная, с множеством плотных узлов диаметром 3 — 5 мм. С учетом тяжести состояния пациента (субоперационно гемодинамику поддерживали путем введения дофамина) вмешательство ограничено зашиванием язвы, санацией брюшной полости раствором антисептика, дренированием зоны операции, обеих боковых каналов и полости малого таза.

После продолженной искусственной вентиляции легких в 1—е сутки со 2—х суток пациент переведен на управляемое дыхание. Состояние стабильно тяжелое. На 3—и сутки появилась перистальтика, на 4—е сутки — восстановилась функция кишечника, больной переведен на энтеральное питание, нормализовались показатели крови, уровень билирубина, мочевины и креатинина. На 7—е сутки пациент переведен в общую палату. Сохранялись отечность верхних и нижних конечностей, экссудативный плеврит (при пункции удалено до 1 л серозного выпота). Больной начал самостоятельно передвигаться без выраженной одышки, на 14—е сутки выписан для продолжения лечения в терапевтическом стационаре.

2. Больной Г., 75 лет, госпитализирован в клинику с диагнозом: облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, ишемия 4 стадии, гангрена дистальной фаланги I пальца правой стопы.

Состояние средней тяжести, жалобы на боль в конечности и верхней половине живота. За 2 сут до госпитализации выписан из хирургического стационара, куда был доставлен в неотложном порядке по поводу боли в животе. Ранее лечился по поводу язвенной болезни ДПК, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни III стадии. У пациента предполагали перфорацию язвы, которая по данным обследования не подтверждена.

По данным ГДФС и гастробиопсии диагностирована опухоль выходного отдела желудка, проведена противоязвенная терапия, пациент выписан с рекомендацией лечения гангрены стопы.

За время пребывания в стационаре (5 сут) боль в животе уменьшилась, жалобы на некротические изменения конечности, страх ее потери, применял анальгетики. При осмотре конечности отмечен сухой некроз дистальной фаланги I пальца правой стопы, пульсация подколенной артерии сохранена.

Анализ крови: Нb 109 г/л, количество лейкоцитов  $6,1 \times 10^9$  в 1 л, существенный сдвиг лейкоцитарной формулы, пал. 0,23, сегм. 0,38, СОЭ 57 мм/ч, гипопроотеинемия (содержание белка 47 г/л). По данным доплерографии обнаружен многоуровневый стеноз сосудов нижней конечности (до 50 — 60% просвета), коллатеральный кровоток сохранен.

При опросе установлено, что боль в животе сохраняется, была повторная рвота, в связи с чем больной отказывается от еды. При осмотре брюшной полости обнаружена болезненность в правой подреберной области, напряжение мышц, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. По данным ГДФС в выходном отделе желудка по малой кривизне обнаружено изъязвление размерами 3,5 — 4 см, циркулярно охватывающее просвет, в котором выявлен округлый дефект диаметром 1,1 см — перфорация. Диагноз: язва—рак выходного отдела желудка, осложненный перфорацией, местный ограниченный перитонит, что явилось показанием к выполнению срочной операции.

После предоперационной подготовки, направленной на компенсацию нарушений водно—электролитного баланса и сопутствующих заболеваний, произведена лапаротомия. При ревизии обнаружена полость, содержащая до 300 мл мутного, с желтушным окрашиванием содержимого, ограниченная рыхлыми сращениями, между правой долей печени, поперечной ободочной кишкой и передней брюшной стенкой. После эвакуации содержимого в пилороантральном отделе выявлено округлое перфоративное отверстие (см. рисунок). Выражена воспалительная инфильтрация окружающей клетчатки, гепатодуоденальной связки, парапанкреатической клетчатки, стенок ДПК и желудка, большого сальника. Определяются наложения фибрина на правой и левой долях печени, мутный выпот под левым куполом диафрагмы, селезенка увеличена, плотная. Учитывая данные проведенной ранее биопсии и невозможность макроскопически исключить малигнизацию, выполнены субтотальная резекция желудка по Бильрот—II, санация брюшной полости раствором декасана, дренирование подпечечного и поддиафрагмального углублений, правого бокового канала; трансназально введен зонд, заведенный на 40 см ниже гастроэнтероанастомоза, для раннего энтерального питания. Одновременно выполнена резекция I пальца правой стопы с головкой плюсневой кости.

Течение послеоперационного периода без осложнений, проведена интенсивная терапия в течение 5 сут, в том числе трансфузия свежезамороженной плазмы в объеме 2600 мл в целях компенсации гипопроотеинемии. Заключение гистологического исследования: язва пилорического отдела желудка, в лимфатических узлах из зоны левой желудочной артерии — реактивная гиперплазия.

Пациент выписан на 14—е сутки после операции с рекомендацией продолжить лечение у гастроэнтеролога.



Перфорация язвы антрального отдела желудка.

В настоящее время условно можно выделить две группы пациентов с перфорацией гастродуоденальных язв: более многочисленную — пациенты молодого и среднего возраста, которых госпитализируют в первые часы заболевания с "классическими" клиническими проявлениями, у них диагностика и выбор тактики лечения не вызывают затруднений; относительно немногочисленную — пациенты пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, которые обращаются за врачебной помощью в стадии декомпенсации через 24 ч. В таких ситуациях полиморфизм жалоб и клинических проявлений существенно усложняет диагностику, а тяжесть состояния — возможность применения современных аппаратных и инструментальных методов исследования [9]. Выбор тактики хирургического лечения при этом значительно ограничен из—за высокого риска неблагоприятного исхода, что вынуждает принимать нестандартное решение. Важным объективным методом диагностики и выбора тактики является ГДФС в сочетании с гастрографией с введением водорастворимого контрастного вещества. Метод позволяет оценить размеры перфоративного отверстия, прогнозировать невозможность его закрытия с использованием окружающих тканей. У больных при наличии перфоративной язвы и перитонита в комплексе интенсивной подготовки, направленной на стабилизацию витальных функций, важным дополнением может быть лапароцентез с эвакуацией токсичного содержимого из брюшной полости. Это позволяет одновременно с детоксикацией снизить внутрибрюшное давление. Выбор методов комплексного лечения таких пациентов должен базироваться на индивидуальном подходе, с участием хирургов, анестезиологов—реаниматологов, а также смежных специалистов.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Артмеладзе М. С. Хирургическая тактика при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. С. Артмеладзе. — Пермь, 2005. — 22 с.
2. Кононенко Д. С. Хірургічне лікування гостро ускладнених виразок з корекцією трофічних і гемокоагуляційних порушень слизової шлунка і дванадцятипалої кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д. С. Кононенко. — Х., 2012. — 24 с.
3. Bertleff M. J. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment / M. J. Bertleff, J. F. Lange // *Dig. Surg.* — 2010. — Vol. 27. — P. 161 — 169.
4. Чернооков А. И. Хирургическое лечение больных с перфоративными пептическими язвами / А. И. Чернооков, Б. А. Наумов, А. Ю. Наумов // *Хирургия.* — 2007. — № 6. — С. 24 — 39.
5. Diagnosis and treatment of perforated or bleeding peptic ulcer: 2013 WSES position paper / S. Di Saverio, M. Bassi, N. Smerieri [et al.] // *World J. Emerg. Surg.* — 2014. — Vol. 9. — P. 45 — 55.
6. Perforated peptic ulcer: how to improve outcome? / M. H. Moller, S. Adamsen, M. Wojdemann, A. M. Moller // *Scand. J. Gastroenterol.* — 2009. — Vol. 44. — P. 15 — 22.
7. Trends in diagnosis and surgical management of patient with perforated peptic ulcer / K. Thorsen, T. B. Glomsaker, A. von Meer [et al.] // *J. Gastrointest. Surg.* — 2011. — Vol. 15. — P. 1329 — 1335.
8. Risk stratification in perforated duodenal ulcer. A prospective validation of predictive factors / J. Boey, S. K. Choi, A. Poon, T. T. Alagaratnam // *Ann. Surg.* — 2001. — Vol. 205. — P. 22 — 26.
9. Results of conservative treatment gastroduodenal ulcer in patients not eligible for surgical repair / P. Bucher, M. Oulhaci, P. Morel [et al.] // *Swiss. Med. Wkl.* — 2007. — Vol. 137. — P. 337 — 340.

