

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНОЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГИГАНТСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

A CASE OF SUCCESSFUL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ATYPICAL PERFORATIVE GIANT DUODENAL ULCER

Волкова А.Е.
Кунаков Д.В.
Пашков В.М.

Кандидат медицинских наук

Volkova A.E.
Kunakov D.V.
Pashkov V.M.

Candidate of Medical Sciences

Курский государственный медицинский
университет

Kursk State Medical University

Резюме

Описан клинический случай успешной диагностики и лечения перфоративной гигантской дуоденальной язвы у больного 88 лет, находившегося в хирургическом стационаре в течение 3 суток с закрытым переломом шейки правого бедра. У пациента отмечался слабо выраженный абдоминальный болевой синдром, но отсутствовали язвенный анамнез, перкуторные признаки свободного газа в брюшной полости, выраженное напряжение мышц живота, признаки раздражения брюшины. Диагностика затруднялась наличием сенильных наслоений и ряда сопутствующих соматических заболеваний сердца, сосудов, обмена веществ. Перфорация полого органа была диагностирована обзорной рентгенографией в положении больного полусидя и в латеропозиции. На операции обнаружена перфорация гигантской язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки с пилорoduodenальным стенозом. Несмотря на максимально высокую степень операционного риска ввиду невозможности ушивания (иссечения) перфорации, была выполнена резекция 2/3 желудка по Бальфуру. Случай демонстрирует необходимость персонализированного подхода к выбору хирургической тактики в сложных экстренных клинических ситуациях, выходящих за стандартные рамки клинических рекомендаций и инструкций.

Ключевые слова: атипичная перфоративная гигантская дуоденальная язва, диагностика, выбор хирургической тактики.

Summary

A clinical case of successful diagnosis and treating of a perforated giant duodenal ulcer of 88-year-old patient who was staying in a surgical hospital for 3 days with a closed fracture of the right femoral neck is described. The patient had a mild abdominal pain syndrome, but there was no ulcerative history, percussion signs of free gas in the abdominal cavity, pronounced tension of the abdominal muscles, signs of irritation of the peritoneum. Diagnostics was hampered by the presence of senile layers and a number of concomitant somatic diseases of the heart, blood vessels, and metabolism. Hollow organ perforation was diagnosed by plain radiography in the patient's half-sitting position and in lateroposition. The operation revealed perforation of a giant ulcer of the anterior wall of the duodenum with pyloroduodenal stenosis. Despite the maximally high degree of operational risk, due to the impossibility of suturing (excising) the perforation, 2/3 of the stomach was resected according to Balfour. The case demonstrates the need for a personalized approach to the choice of surgical tactics in complex emergency clinical situations that go beyond the standard scope of clinical guidelines and instructions.

Key words: atypical perforated giant duodenal ulcer, diagnosis, choice of surgical tactics.

Библиографическая ссылка на статью

Волкова А.Е., Кунаков Д.В., Пашков В.М. Случай успешной диагностики и лечения атипичной перфоративной гигантской дуоденальной язвы // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 39-44.

References to the article

Volkova A.E., Kunakov D.V., Pashkov V.M. A case of successful diagnosis and treatment of atypical perforated giant duodenal ulcer // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 39-44.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/09](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/09)

Введение. Несмотря на успехи в ранней диагностике и лекарственной терапии язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), частота осложнений этой патологии в нашей стране не имеет тенденции к сокращению. В структуре этих осложнений лидируют язвенные желудочно-кишечные

кровотечения и перфоративные язвы [1, 4].

Актуальность проблемы перфоративных язв желудка и ДПК определяется их значительной частотой, сложностью диагностики и дифференциальной диагностики в ряде случаев (преимущественно при прикрытых перфорациях, у пациентов старческого возраста,

на фоне тяжелой сопутствующей соматической патологии), несвоевременным обращением части пациентов за медицинской помощью, необходимостью оказания экстренной хирургической помощи, довольно высокой летальностью, инвалидизацией и склонностью к рецидивированию ЯБ и ее осложнений [1-4].

Типичная клиника перфоративной язвы желудка и/или ДПК давно и очень хорошо описана в хирургической литературе. Она включает классическую триаду Мондора («кинжальная боль», «доскообразный» живот и язвенный анамнез), а также обнаружение свободного газа в брюшной полости (перкуторно, при обзорной рентгеноскопии и рентгенографии органов брюшной полости, ультрасонографическом исследовании), брадикардию в течение короткого промежутка времени после перфорации, сменяющуюся тахикардией, гипотонию, наличие быстро нарастающих манифестных признаков перитонизма (пальпаторно, перкуторно, аускультативно). Такая клиника встречается у большинства больных (до 90%) с этим осложнением ЯБ [1, 4, 5].

Однако примерно у 10% пациентов при наличии перфорации в желудке или ДПК болевой синдром может быть не таким ярким, вплоть до полного отсутствия, напряжение мышц передней брюшной стенки может быть сглаженным, газ в брюшной полости может не определяться при использовании физикальных и описанных выше инструментальных методов диагностики, проявления перитонизма также могут быть завуалированными. Такие перфорации называют «атипичными» [1-5].

Это может быть при прикрытии перфоративного отверстия чаще снаружи (приклеивание к стенке желудка или ДПК участка большого сальника, стенки соседнего органа: печени, желчного пузыря, тонкой или толстой кишки, передней брюшной стенки) или, реже, изнутри (кусочком непереваренной пищи), а также при перфорации язвы в большой или малый сальник, сальниковую сумку, перфорации язвы ДПК забрюшинно. Серьезные затруднения в диагностике встречаются также в связи со старческим возрастом (снижение порога болевой чувствительности, атрофия мышц живота, сенильные изменения психики) и при наличии тяжелых сопутствующих соматических заболеваний, маскирующих абдоминальную катастрофу [1-5].

В таких случаях следует прибегать к дополнительным методам уточняющей и дифференциальной диагностики. Для этого

используют пневмогастрографию (введение воздуха в желудок через зонд и повторное рентгенологическое исследование), фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), сочетание ФГДС с последующим рентгенологическим исследованием. Точность такой комплексной диагностики приближается к 100%. В особо затруднительных случаях, при неэффективности перечисленных выше методов инструментальной диагностики, прибегают к компьютерной томографии, методике «шарящего катетера» и лапароскопии. Иногда окончательный диагноз перфорации органа ставится после диагностической лапаротомии [1, 3, 4].

Цель исследования – описание клинического случая успешной своевременной диагностики и хирургического лечения перфорации гигантской язвы ДПК, протекающей атипично, в старческом возрасте при наличии тяжелой сопутствующей патологии.

Клинический случай. Данный случай был любезно предоставлен нам заведующим хирургическим отделением ОБУЗ «Касторенская ЦРБ» Курской области, хирургом высшей квалификационной категории Олегом Александровичем Ващуком.

27 февраля 2021 года в 21 чв ОБУЗ «Касторенская ЦРБ» был экстренно доставлен больной Г., 88 лет, с типичной клиникой закрытого перелома шейки правого бедра (история болезни № 90). Больной получил травму в быту, упав 6 ч тому назад, поскользнувшись возле своего дома. Он почувствовал резкую боль в области правого тазобедренного сустава, отсутствие функции в этом суставе. Пациент не мог самостоятельно сесть, встать на ноги. Родственники больного вызвали на дом скорую медицинскую помощь и доставили пострадавшего в приемное отделение ЦРБ, где после осмотра больного хирургом и травматологом-ортопедом, рентгенологического обследования, был поставлен диагноз: «Закрытый медиальный вколоченный перелом шейки правого бедра». Пациент был госпитализирован, введены парентерально анальгетики, начата стандартная тромбопрофилактика, наложена деротационная шина. Больной осмотрен терапевтом, отмечены сопутствующие заболевания: ИБС, фибрилляция предсердий, гипертоническая болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия. Больной получал анальгетики, профилактику венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений (бинтование нижних конечностей, гепарин по 5 тыс. ЕД 3 раза в сутки подкожно), биспролол 2,5 мг/сут. внутрь, мексидол 2 мл/сут. внутривенно.

1 марта, около 16 ч, через 2 ч после приема пищи, пациент впервые пожаловался на умеренные боли в правом подреберье, была однократная рвота съеденной пищей, стула не было с момента поступления, газы отходят.

Хирург при объективном обследовании отметил следующее. Подробный расспрос больного затруднен из-за возраста, снижения слуха. Общее состояние средней тяжести. Пациент в сознании, ориентирован, но не осознает полностью тяжесть своего заболевания (энцефалопатия). Температура тела нормальная. Пульс 60, аритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 140/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот слегка вздут, симметричный, участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье, перкуторно отмечается тимпанит в верхних отделах. Перистальтика ослаблена, но выслушивается. Признаков раздражения брюшины нет. Ректальному осмотру активно сопротивляется. Дополнительно при расспросе удалось выяснить, что несколько лет назад на ультразвуковом исследовании (УЗИ) обнаруживали камни в желчном пузыре. УЗИ, выполненное через 30-40 мин. после появления

болей в животе в палате переносным аппаратом – малоинформативно из-за выраженного пневматоза, достоверно определено отсутствие гидроперитонеума. Больному были введены спазмолитики и ненаркотические анальгетики, назначена инфузионная терапия в объеме 1,5 л, проведено лабораторное исследование крови. В общем анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, ускорение СОЭ, анемии не было. В биохимических анализах крови существенной патологии не обнаружено.

Через 2 ч после появления болей в животе болевой абдоминальный синдром сохранялся, при повторном физикальном обследовании отмечено, что живот умеренно вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастрии и больше в правом подреберье, перкуторно – выраженный тимпанит по всему животу, но симптомов раздражения брюшины нет. Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости передвижным рентгеновским аппаратом в положении полусидя и влатеропозиции – обнаружено большое количество свободного газа в брюшной полости (рис. 1, 2).

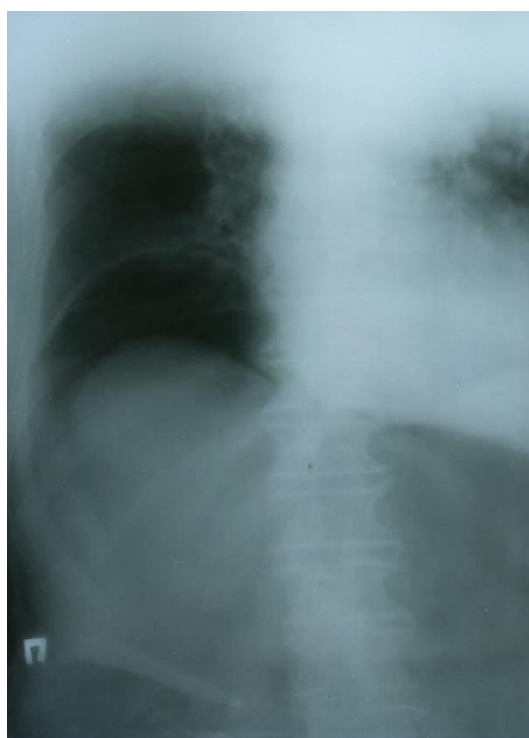


Рисунок 1. Рентгенограмма пациента Г. в положении полусидя. Свободный газ под правым куполом диафрагмы



Рисунок 2. Рентгенограмма того же пациента в латеропозиции. Свободный газ в верхних отделах брюшной полости

При дополнительном расспросе никаких сведений о язвенной болезни в анамнезе у больного и его родственников не выявлено. С учетом обнаруженных изменений на рентгенограмме, был поставлен диагноз: перфорация полого органа, принято решение об экстренной операции. В связи с отсутствием в ЦРБ анестезиолога-реаниматолога, был вызван соответствующий специалист из Курской областной клинической больницы, до приезда которого проводилась предоперационная подготовка (растворы Рингера, глюкозы, реополиглюкина, свежезамороженной плазмы, омез внутривенно). За время предоперационной подготовки у больного развился смешанный (сенильный и соматический) психоз, и он категорически отказался от операции. Проведен консилиум, принято коллегиальное решение о необходимости выполнения операции по жизненным показаниям ввиду неспособности больного оценивать свои поступки.

Вечером 1 марта было выполнено экстренное оперативное вмешательство (хирурги: О.А. Ващук, М.О. Филимонов). При лапаротомии и в брюшной полости обнаружено до 700 мл светлого выпота с примесью желчи и тонкими пленками фибрина во всех отделах брюшной полости. Кишечник не вздут. В области выходного отдела пилорoduоденального отдела обнаружен язвенный инфильтрат с перфорацией передней стенки ДПК диаметром до 2 см, выраженный перивисцерит. При вскрытии сальниковой сумки и разделении спаек обнаружено, что язва пенетрирует в головку поджелудочной железы и малый сальник, практически полностью отсутствует верхняя полуокружность ДПК, имеется «мостик» ткани по

задней стенке ДПК не более 2 см, стеноз – диаметр луковицы ДПК дистальнее язвы не более 1,2 см. С учетом выявленных изменений ушить перфорацию или иссечь язву с пилорoduоденопластикой было невозможно.

Несмотря на наличие распространенного серозно-фибринозного перитонита, старческий возраст и сопутствующие тяжелые соматические заболевания, выполнена типичная резекция 2/3 желудка по Бильрот-2 с впередиободочнымгастроэнтероанастомозом на длинной петле и Брауновским соустьем (по Бальфуру), санация и дренирование брюшной полости тремя дренажами. В тощую кишку за Брауновский анастомоз проведен зонд для питания, от постановки второго зонда в культю желудка решено воздержаться ввиду высокого риска дыхательной недостаточности в данном конкретном случае, с учетом возраста и пр.

В послеоперационном периоде больной получал анальгетики, сердечные и гипотензивные препараты, антибиотики, инфузионную терапию до 4,0 л/сут. Через 12 ч после операции начато порционное введение жидкости (воды, а со вторых суток – смеси «Нутрилонг» для парентерального питания). При увеличении объема энтерального питания постепенно уменьшался объем инфузионной терапии. С конца вторых суток отмечено отхождение газов, на третьи сутки был стул. Дренажи из брюшной полости удалены на 4-е сутки. Периодически проводился УЗ – мониторинг органов брюшной полости – гидроперитонеума не было. С 5-х суток разрешен прием прозрачной жидкости через рот, с 6-х суток прекращена инфузионная терапия. Энтеральное зондовое питание доведено до 700

мл в сутки. На 8-е сутки состояние больного средней тяжести, но отмечаются периодические нарушения сердечного ритма, требующие медикаментозной коррекции, умеренная дыхательная недостаточность, осложнений со

стороны брюшной полости не отмечено. На 10-е сутки сняты швы с лапаротомной раны. Продолжено лечение перелома шейки бедра. Краткое изложение динамики лечебного процесса представлено на рисунке 3.

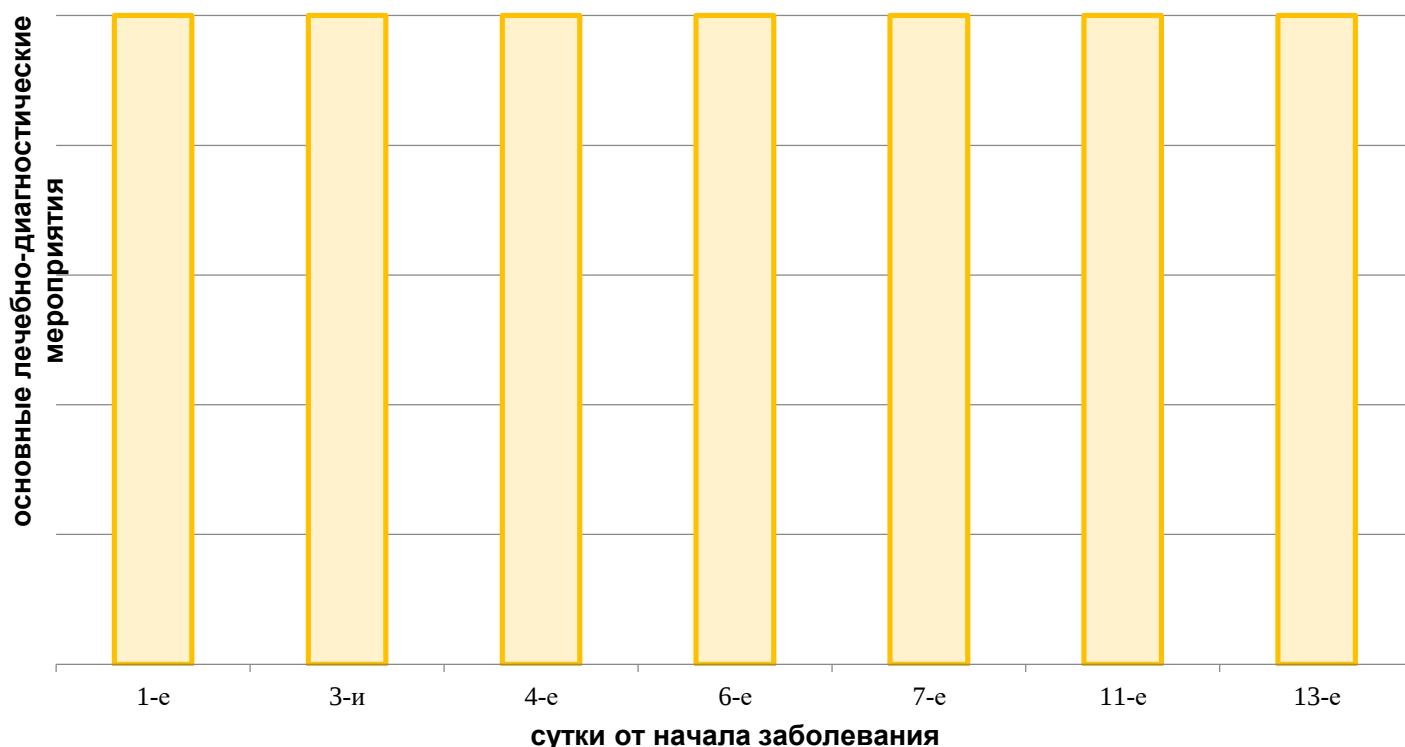


Рисунок 3. Динамика лечебного процесса у больного Г.

В соответствии с существующими хирургическими правилами и инструктивно-методическими указаниями при перфорации язв желудка и ДПК у подавляющего большинства больных (до 80-90%) выполняется ушивание перфорации (или иссечение язвы с последующим ушиванием). Эта операция является относительно простой, быстрой и достаточной для спасения пациента [1, 4, 5].

При наличии больших (более 1 см) язв с плотными краями, когда простое ушивание затруднено или невозможно, прибегают к способу ушивания перфорации по Оппелю-Поликарпову, когда язву закрывают прядью большого сальника на питающей ножке и ушивают дефект в стенке, захватывая в швы края перфорации и ткань сальника [1, 3, 4].

Но в данном случае, даже при использовании этого способа, обеспечить герметизм ушивания было невозможно. Кроме того, это с большой вероятностью могло

привести к увеличению уже имеющегося стеноза в месте этого ушивания.

Риск радикальной операции – резекции 2/3 желудка был в данном случае очень высоким, учитывая перечисленные выше факторы этого риска. Но альтернативы хирургической тактики в данном случае не было.

По данным литературы, показаниями для резекции желудка при перфоративных язвах являются следующие.

1. Невозможность ушивания (в том числе, по Оппелю-Поликарпову) и иссечения язвы.
2. Хронические каллезные язвы желудка, подозрительные на малигнизацию.
3. Перфоративная язва пилорoduodenального отдела с декомпенсированным стенозом [1, 4, 5].

Таким образом, первое показание в этом перечне явилось главным для выбора тактики у описываемого больного.

Кроме показаний, для выполнения такой

сложной и травматичной операции как резекция желудка, должны иметься следующие условия.

1. Отсутствие распространенного перитонита.
2. Возраст (менее 60-65 лет).
3. Отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний.
4. Достаточная квалификация хирургов.
5. Наличие условий для проведения этой технически сложной операции [1, 2, 4, 5].

Таким образом, в данном конкретном случае хирурги были вынуждены «пренебречь» первым, вторым и третьим условиями, что характеризует оперировавшего больного хирурга как высокопрофессионального, соответствующего имеющейся квалификационной категории.

В литературе давно и хорошо определены противопоказания к выполнению резекции желудка при перфоративных язвах; в этих случаях необходимо выполнять ушивание (или иссечение с последующим ушиванием) перфорации.

Они следующие: выраженный распространенный перитонит, высокая степень операционного риска (старческий возраст, тяжелые сопутствующие заболевания), молодой возраст (когда речь идет обычно об острых, ювенильных язвах), перфорация стрессовых симптоматических язв [1, 2, 4, 5].

Таким образом, в данном случае хирурги рискнули выполнить резекцию желудка, несмотря на наличие трех противопоказаний к этой операции.

Заключение. Описанный клинический случай, несомненно, представляет профессиональный интерес, особенно для студентов и начинающих хирургов. Он поучителен, во-первых, точки зрения наличия объективных трудностей для уверенной диагностики перфоративной язвы до лапаротомии. У данного пациента отсутствовал язвенный анамнез, как отдаленный, так и ближайший.

Объективная физикальная симптоматика была скудной и противоречивой, что весьма затрудняло формирование четкого и однозначного алгоритма диагностики и требовало проведения дифференциальной диагностики с целым рядом терапевтических и хирургических заболеваний. Наличие перелома шейки бедра затрудняло проведение полноценной рентгенологической диагностики (больной не мог ни сидеть, ни стоять).

Решающая роль в своевременной диагностике в данном случае принадлежала

классической рентгенографии органов брюшной полости. Это свидетельствует о том, что метод, который часто называют «рутинным», до настоящего времени не потерял своего клинического значения при перфорациях полого органа.

Интраоперационная ситуация, исключающая возможность ушивания (иссечения) перфоративной дуоденальной язвы гигантских размеров, а также наличие предшествующего перфорации пилородуоденального стеноза и пенетрации язвы вынудили хирургов прибегнуть к травматичной радикальной операции – резекции желудка, несмотря на отсутствие описанных в литературе условий (возраст менее 60-65 лет, отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний и распространенного перитонита) и наличие противопоказаний (высокая степень операционно-анестезиологического риска, наличие распространенного серозно-фибринозного перитонита).

Данный клинический случай иллюстрирует необходимость индивидуального (персонифицированного) подхода к выбору хирургической тактики в сложных экстренных клинических ситуациях, выходящих за рамки существующих инструкций и клинических рекомендаций. Этот случай демонстрирует большие технические возможности районных хирургов, несмотря на существующие объективные трудности.

Литература.

1. Клиническая хирургия: учебное пособие для клинических ординаторов и врачей / под ред. профессор В.А. Лазаренко. – Курск: КГМУ, 2017. – 924 с.
2. Ковалев, А.И. Школа неотложной хирургической практики: учебное пособие / А.И. Ковалев, Ю.Т. Цуканов. – Москва: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010. – 743 с.
3. Никитин, В.Н. Лечение перфоративных гигантских пенетрирующих язв луковицы двенадцатиперстной кишки / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // Рос.мед. журнал. – 2017. – № 8. – С. 539-542.
4. Прободная язва. Национальные клинические рекомендации / В.П. Сажин, П.Г. Бронштейн, О.В. Зайцев / Матер. XII съезда хирургов России «Актуальные вопросы хирургии». – Ростов-на-Дону, 2015. – С. 7-9.
5. Частная хирургия: учебник для медицинских вузов / под ред. профессор Ю.Л. Шевченко. 3-е изд., испр. и доп. – Москва: РАЕН, 2017. – 808 с.