

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.342-002.44-005.1-089

doi: 10.52888/0514-2515-2022-355-4-107-111

Д.М. Кадыров, З.В. Табаров, Ф.Д. Кодиров, Ш.Ш. Сайдалиев

СОЧЕТАНИЕ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОДНОВРЕМЕННО С КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ПЕНЕТРАЦИЕЙ И СТЕНОЗОМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

Сайдалиев Ширинджон Шарифович – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Республика Таджикистан, г. Душанбе, 1 пр. Айни 46; Тел.: +992918673601; E-mail: Aka.74@mail.ru

В данной статье рассматривается клинический случай сочетания четырех осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: на фоне хронических осложнений – пенетрации язвы и декомпенсированного дуодено-стеноза наблюдались одновременно два острых осложнения – перфорация язвы и кровотечение из неё в просвет ЖКТ и брюшную полость. Длительное существование заболевания и отсутствие своевременного хирургического лечения пенетрирующей стенозирующей язвы стали причинами развития одновременно двух острых осложнений дуоденальной язвы. На фоне тяжелого общего состояния больного, обусловленного декомпенсированным стенозом с глубокими нарушениями гомеостаза, алиментарной дистрофии, распространенным гнойно-фибринозным перитонитом и гемоперитонеумом, вынужденной операцией явилось ушивание перфоративного отверстия язвы. Вторым этапом рекомендуется выполнение радикальной операции в плановом порядке.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, сочетанные осложнения, пенетрация, стеноз, перфорация, кровотечение.

D.M. Kadyrov, Z.V. Tabarov, F.D. Kodirov, Sh.Sh. Saidaliev

COMBINATION OF DUODENAL ULCER PERFORATION ALONG WITH BLEEDING, PENETRATION AND STENOSIS

State Institution «Institute of Gastroenterology» of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

Sajdaliev Shirinjon Sharifovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Surgical Diseases #1 of Avicenna Tajik State Medical University; Republic of Tajikistan, Dushanbe, 1 pr. Aini 46; Tel.: +992918673601; E-mail: Aka.74@mail.ru

This article considers a clinical case of a combination of four complications of duodenal ulcer. Against the background of chronic complications of penetrating ulcer and decompensated duodenostenosis, two acute complications were simultaneously observed - perforation of the ulcer and bleeding from it into the lumen of the GI tract and abdominal cavity. A prolonged course of the disease and the absence of timely surgical treatment of penetrating stenotic ulcer were the reasons for the simultaneous development of two acute complications of duodenal ulcer. Against the background of the severe general condition of the patient, caused by decompensated stenosis with profound homeostasis disorders, alimentary dystrophy, widespread purulent-fibrinous peritonitis and hemoperitoneum, suturing of the perforating ulcer was a necessary operation. At the second stage, it is recommended to perform radical surgery as a planned procedure.

Keywords: duodenal ulcer, combined complications, penetration, stenosis, perforation, bleeding.

В последние годы хирурги отмечают увеличения числа сочетанных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [2, 6, 8]. Среди них наиболее тяжелыми и опасными являются сочетание urgentных осложнений язвы – перфорации и кровотечения [2, 5, 10]. По свидетельству А.Г. Гринцова и соавт. [5] его выявляют у 0,25% больных, при этом

послеоперационная и общая летальность составляет соответственно 48,4 и 67,3% [1, 4, 6, 10].

Сочетание множественных осложнений язвы двенадцатиперстной кишки – одновременно кровотечения, перфорации, пенетрации и стеноза – наблюдается крайне редко [2, 7, 8]. Выявляется такое сочетание только во время оперативного вмешательства

ства, клинически оно манифестируется перфорацией или кровотечением. Клиническая картина в большой мере зависит от преобладания признаков кровотечения или перфорации. При сочетании последних с пенетрацией язвы и стенозом хирурги встречаются с тяжелыми топографо-анатомическими изменениями в зоне язвенного поражения, что в значительной мере осложняет выполнение оперативного вмешательства [9]. Трудности выбора лечебно-диагностической тактики при сочетании перфорации язвы с кровотечением и стенозом отмечают большинство хирургов [2, 3, 9]. По этой причине применяются самые различные оперативные вмешательства: от простого ушивания перфорационного отверстия, иссечения с пилорой или дуоденопластикой, с ваготомией или без нее, до резекции 2/3 желудка [2, 5, 7]. У этого тяжелого контингента больных и до настоящего времени остаются высокими как послеоперационные осложнения, достигающие 30%, так и послеоперационная летальность, достигающая 37,7% и более [3].

Под нашим наблюдением находился больной с сочетанием четырех осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Приводим краткую выписку из истории болезни.

Клиническое наблюдение. Больной С., 47 лет, 30.09.2021 г. в 15:20 часов, поступил в хирургическое отделение клиники Института гастроэнтерологии с жалобами на острые, жгучие боли в эпигастриальной области, рвоту цвета «кофейной гущи», дегтеобразный стул, общую слабость, головокружение.

Анамнез заболевания: в течение более 20 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с сезонными обострениями, во время которых принимал противоязвенное лечение амбулаторно и стационарно. Около 5 лет тому назад, при стационарном обследовании был диагностирован язвенный пилорoduodenальный стеноз, от предложенного хирургического лечения воздержался. В последующем, при обострении заболевания, неоднократно лечился стационарно в ЦРБ Восейского района с временным улучшением. Последнее обострение заболевания наблюдалось 2 месяца назад, после стационарного лечения наступило улучшение, исчез болевой синдром, но признаки нарушения пассажа пищи из желудка продолжали беспокоить больного. За время болезни потерял более 20 кг массы тела. За 2 суток до поступления в стационар, спустя 3 часа после приема пищи, появились острые «кинжальные» боли в эпигастриальной области, которые распространились по всему животу. Со слов больного самостоятельно принимал спазмолитики, антисекреторные препараты и антацидные средства, отмечалось снижение интенсивности болей и, в связи с этим к врачу не обращался. Ухудшение состояния возникло к вечеру, когда возобновились боли в эпигастриальной области,

появилась обильная рвота цвета «кофейной гущи», дегтеобразный стул, общая слабость, головокружение, в связи с чем и был доставлен на собственном транспорте из далекого района в клинику Института гастроэнтерологии.

Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Положение в постели вынужденное, на боку с приведенными к животу коленями. Сознание ясное. Выражение лица испуганное, страдальческое. Масса - 43 кг, рост - 170 см. Индекс массы тела - 14,3 кг/см. Кожные покровы бледные, сухие. Определяются признаки алиментарной дистрофии, кахексии и глубокого нарушения гомеостаза. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС 120 уд/мин, ЧДД 26 в мин. Язык сухой как «щетка», густо обложен налетом из солянокислого гематина черного цвета. Живот увеличен в объеме за счет пареза кишечника и наличия свободной жидкости, не участвует в акте дыхания, резко болезненный в эпигастрии при поверхностной пальпации. Перкуторно в боковых областях и над лоном определяется притупление - наличие свободной жидкости. Печеночная тупость не определяется. Глубокая пальпация живота невозможна из-за мышечного напряжения. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Менделя, Спигарского резко положительные. Диурез - олигоанурия. Декомпрессия желудка назогастральным зондом, эвакуировано около 1 литра содержимого в виде «кофейной гущи».

Лабораторные методы исследования: общий анализ крови: лейкоциты - 14,0; эритроциты - 4,8; гемоглобин - 154 г/л. Биохимические: билирубин - 12,9 ммоль/л, АсАт - 27 Е/л, АлАт - 33 Е/л, общий белок - 65 г/л, амилаза - 387 Е/л, альбумин - 27 г/л, мочевины - 6,0 ммоль/л, креатинин - 27 мкмоль/л, остаточный азот - 27 мг%.

Инструментальные методы исследования: Обзорная рентгенография органов брюшной полости: признаки свободного газа под правым куполом диафрагмы, интерпозиция петель тонкой кишки и пневматизированной поперечной ободочной кишки между правым куполом диафрагмы и печенью жидкость в брюшной полости.

УЗИ брюшной полости: свободная жидкость в боковых каналах, полости малого таза и между петлями кишок в большом количестве, пневматоз кишечника.

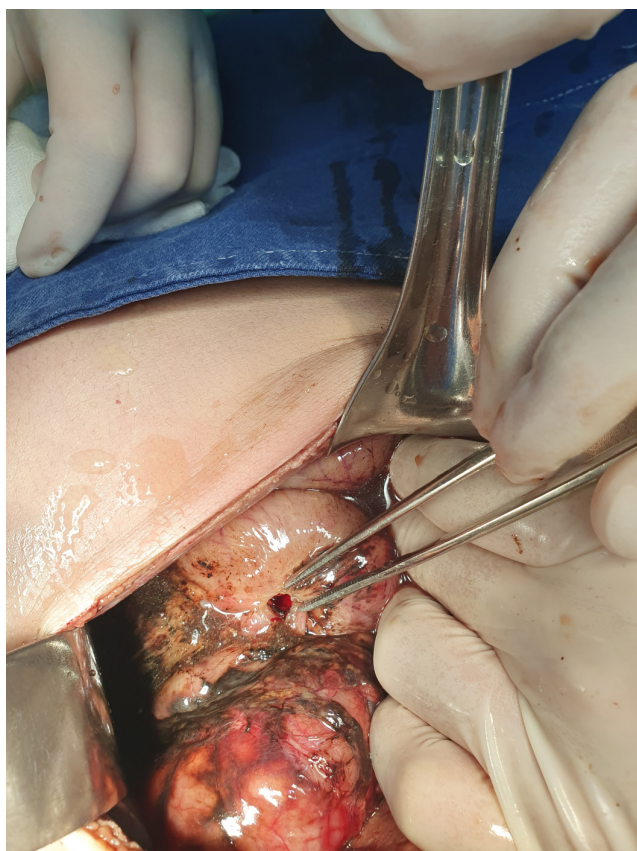
На основании данных анамнеза, объективного осмотра, данных лабораторных и инструментальных исследований установлен диагноз: язва двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией, кровотечением и стенозом в стадии декомпенсации. Распространенный перитонит, токсико-септический и гиповолемический шок. Алиментарная дистрофия. Кахексия.

В течение 3 часов больному проведена интенсивная предоперационная подготовка. 30.09.2021г. в 18:40 под эндотрахеальным наркозом выполнена верхнесрединная лапаротомия. Из брюшной полости эвакуировано 6000 мл экссудата «черного кофейного» цвета, интенсивно окрашенного солянокислым гематином. При ревизии брюшной полости диагностирован распространенный фибринозно-гнойно-геморрагический перитонит. Висцеральная и париетальная брюшина были покрыты налетом черного цвета из-за примеси солянокислого гематина. Большой и малый сальник, печеночно-двенадцатиперстная и желудочно-ободочная связки имбибированы солянокислым гематином. Желудок значительно эктазирован, его стенки утолщены, гипотоничны (рис. 1б), большой сальник пропитан солянокислым гематином. На передней стенке базальной (подпривратниковой) части луковицы ДПК, ближе к большой кривизне определяется перфорационное отверстие 10x10 мм (рис. 1а), через которое из желудка выделяется содержимое типа кофейной гущи. Сама луковица расширена, в дистальной части со стороны малой кривизны имеется рубцовый стеноз с рубцовым сращением в пече-

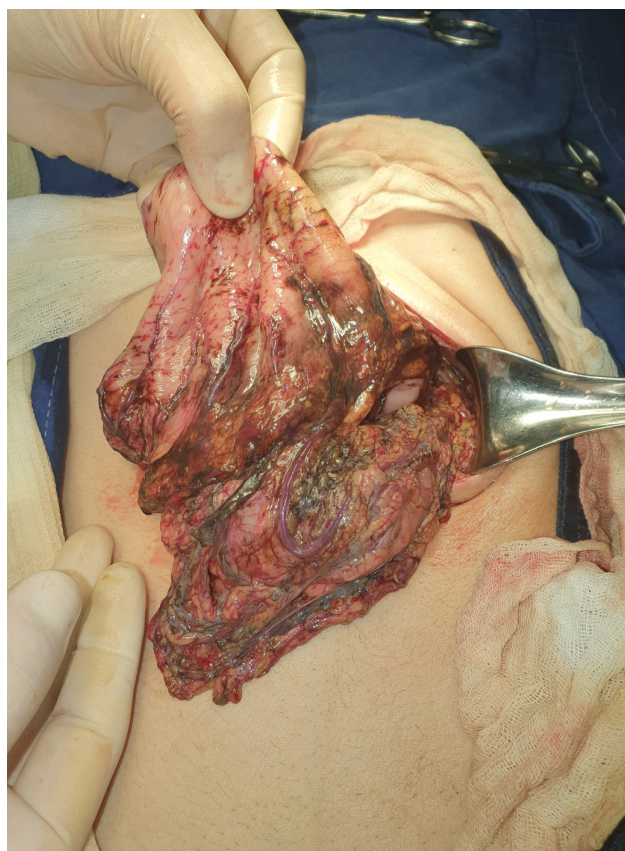
ночно-двенадцатиперстную связку. Стенки луковицы и пилорической части желудка инфильтрированы, рыхлые. Через перфорационное отверстие из желудка эвакуировано около 300 мл содержимого типа «кофейной гущи» (рис 2), признаков продолжающегося кровотечения не обнаружено.

Учитывая тяжесть состояния больного, а также значительные анатомо-морфологические изменения в зоне пенетрирующей стенозирующей язвы, произведено ушивание перфорационного отверстия однорядным швом и подкреплением их прядью большого сальника. Поскольку перфорационное отверстие располагалось на противоположной от стеноза стороне луковицы, его ушивание не ухудшило проходимость ДПК, в чем убедились проведением зонда диаметром 10 мм. Брюшная полость тщательно промыта и осушена, дренированы подпеченочное пространство и полость малого таза латексными трубками через контрапертуры в правом подреберье и подвздошной области.

В послеоперационном периоде продолжена интенсивная терапия перитонита, коррекция нарушений гомеостаза, антисекреторная терапия.



а



б

Рисунок 1. Операционное фото. а) перфорация подпривратниковой язвы ДПК в сочетании с кровотечением в брюшную полость, пенетрацией и стенозом; в правом боковом канале видна измененная кровь, желудочно-ободочная связка пропитана солянокислым гематином; б) эктазированный желудок при декомпенсированном стенозе, большой сальник имбибирован солянокислым гематином.

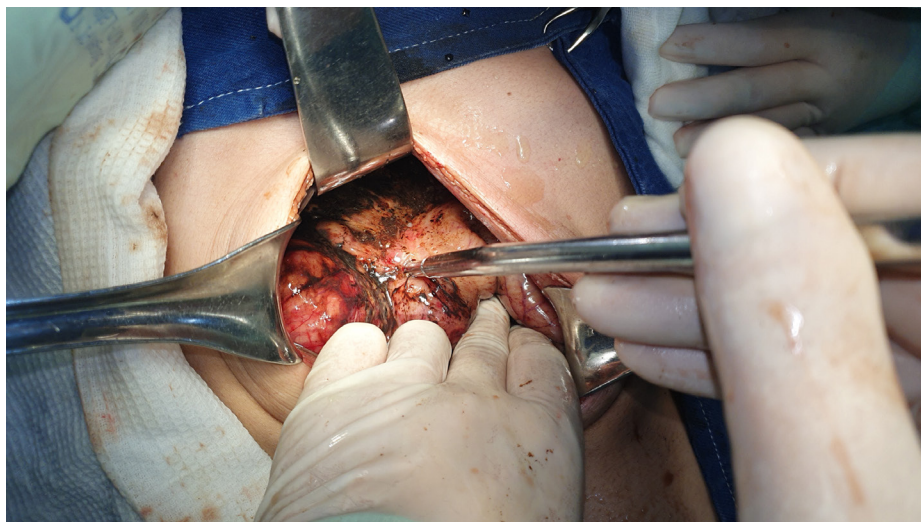


Рисунок 2. Операционное фото. Декомпрессия желудка электроотсасывателем через перфорационное отверстие язвы луковицы ДПК

Рана брюшной стенки зажила первичным натяжением. Больной был выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

Заключение: Сочетание четырех осложнений язвенной болезни (кровотечение, перфорация, пенетрация и стеноз) – явление редкое и малоизученное. При возникновении осложнений последовательно их диагностика не представляла больших трудностей. При одновременном возникновении острых осложнений возникали диагностические трудности. Излившаяся кровь делает менее агрессивным желудочный сок, поэтому болевой синдром и напряжение мышц живота, характерные для перфорации язвы, менее выражены, что ведет к запоздалому оперативному вмешательству. При массивной кровопотере на первый план выступают симптомы кровотечения, что еще больше затрудняет диагностику и ухудшает прогноз болезни [2].

Выбор способа оперативного вмешательства вызывает много вопросов и дискуссий. В идеале оперативное пособие должно быть направлено на устранение всех выявленных осложнений. Однако, на практике эти задачи иногда противоречат друг другу, особенно, при распространенном перитоните и кровотечении у больных декомпенсированным стенозом [9, 10] из-за наличия синдрома «взаимного отягощения».

Важным критерием выбора объема хирургического лечения при сочетанных осложнениях гастродуоденальных язв является общее состояние больного, определяемое возрастом, степенью стеноза двенадцатиперстной кишки, тяжестью кровопотери и давностью перитонита.

Однако, из-за тяжести состояния больного, обусловленного запущенным перитонитом, глубокими нарушениями гомеостаза, связанного с запущенным

декомпенсированным стенозом, оптимальным объемом операции в данной ситуации была признана операция устранения причины перитонита и кровотечения путем ушивания язвы. По этой же причине, а также значительные анатомо-морфологические изменения в зоне пенетрирующей стенозирующей язвы вынудили воздержаться от применения радикальных операций типа резекции желудка [7, 8] или локальных вмешательств в этой зоне [2]. Подобная тактика привела к благополучному исходу операции. Что же касается оставленного декомпенсированного дуоденостеноза, то он может быть ликвидирован вторым этапом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андриященко В.П. Сочетание острого осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / В.П. Андриященко, И.Р.Трубяк // Хирургия. – 2016. - №3. – с.46-48.
2. Авакимян В.А. Сочетание перфорации и кровотечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.А. Авакимян [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. -2017; -24(6): -7-11.
3. Багненко С.Ф. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение / С.Ф. Багненко [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. -2009; - 168(6): -12-15.
4. Богданов А.И. Прободные гастродуоденальные язвы, сочетающиеся с другими заболеваниями / А.И. Богданов // Вестник хирургии. – 2016. – т.1, №6. – с.84-87.
5. Гринцов А.Г. Клиника и лечение перфорации гастродуоденальной язвы в сочетании с кровотечением / А.Г. Гринцов [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной хирургии ИНВХ. - 2019. - Том 4, -№4. – С. 74-78.

6. Курбанов Ф.С. Осложненное течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Ф.С. Курбанов // Хирургия. – 2017. - №2. – с.64-67.

7. Мерясева М.А. Клинический случай резекции желудка по Ру при сочетании четырех осложнений гигантской язвы двенадцатиперстной кишки в условиях перитонита / М.А. Мерясева [и др.] // Modern Science. -2021.-№3-2.-С.291-294.

8. Нишанов Ф.Н. Хирургическая тактика при сочетанных осложнениях язв двенадцатиперстной кишки / Ф.Н. Нишанов [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2018, т. 13, - №3. – С. 42 – 45.

9. Подолужный В.И. Сочетание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки со стенозом и язвенным кровотечением пациентов / В.И. Подолужный [и др.] // Фундаментальная и клиническая медицина. -2020; -5(2): -67-71.

10. Тищенко В.А. Хирургическая тактика при осложнении язвенной болезни кровотечением в сочетании с перфорацией / В.А. Тищенко // Клиническая хирургия. – 2015. - №7. – с.48-50.

REFERENCES

1. Andryushchenko V.P. Sochetanie ostrogo oslozhneniya yazvennoy bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki [Combination of acute complications of duodenal ulcer]. *Khirurgiya - Surgery*, 2016, No. 3, pp. 46-48.

2. Avakimyan V.A. Sochetanie perforatsii i krvotekheniya pri yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Combination of perforation and bleeding in peptic ulcer disease of the stomach and duodenum]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik - Kuban Scientific Medical Journal*, 2017, No. 24 (6), pp. 7-11.

3. Bagnenko S.F. Sochetannyye oslozhneniya yazvy dvenadtsatiperstnoy kishki i ikh khirurgicheskoye lechenie [Combined complications of duodenal ulcer and their surgical treatment]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova - Bulletin of Surgery. Named after I.I. Grekov*, 2009, No. 168 (6), pp. 12-15.

4. Bogdanov A.I. Probodnye gastroduodenalnye yazvy, sochetayushchiesya s drugimi zabolevaniyami [Punctured gastroduodenal ulcers combined with other diseases]. *Vestnik khirurgii - Bulletin of Surgery*, 2016, Vol. 1, No. 6, pp. 84-87.

5. Grintsov A.G. Klinika i lechenie perforatsii gastroduodenalnoy yazvy v sochetanii s krvotekheniem [Clinic and treatment of gastroduodenal ulcer perforation combined with bleeding]. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitelnoy khirurgii - Bulletin of Urgent and Recovery Surgery*, 2019, Vol. 4, No. 4, pp. 74-78.

6. Kurbanov F.S. Oslozhnennoe techenie yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Complicated course of gastric and duodenal ulcer]. *Khirurgiya - Surgery*, 2017, No. 2, pp. 64-67.

7. Meryaseva M.A. Klinicheskiy sluchay rezektsii zheludka po Ru pri sochetanii chetyrekh oslozhneniy gi-

gantskoy yazvy dvenadtsatiperstnoy kishki v usloviyakh peritonita [Clinical case of Roux-type gastric resection for a combination of four complications of a giant duodenal ulcer in peritonitis]. *Modern Science*, 2021, No. 3-2, pp. 291-294.

8. Nishanov F.N. Khirurgicheskaya taktika pri sochetannykh oslozhneniyakh yazv dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical tactics for combined complications of duodenal ulcers]. *Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova. - Bulletin of the National Medical and Surgical Center: N.I. Pirogov*, 2018, Vol. 13, No. 3, pp. 42-45.

9. Podoluzhnyy V.I. Sochetanie perforativnoy yazvy dvenadtsatiperstnoy kishki so stenozom i yazvennym krvotekheniem patsientov [Combination of perforative duodenal ulcer with stenosis and ulcerative bleeding of patients]. *Fundamentalnaya i klinicheskaya meditsina - Fundamental and clinical medicine*, 2020, No. 5 (2), pp. 67-71.

10. Tishchenko V.A. Khirurgicheskaya taktika pri oslozhnenii yazvennoy bolezni krvotekheniem v sochetanii s perforatsiey [Surgical tactics for complications of peptic ulcer bleeding combined with perforation]. *Klinicheskaya khirurgiya - Clinical surgery*, 2015, No. 7, pp. 48-50.

ХУЛОСА

Д.М. Кадыров, З.В. Табаров, Ф.Д. Кодиров, Ш.Ш. Сайдалиев

РЕШИ РАХНАШУДАИ РӮДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА ДАР ОРИЗАГИИ ЯҚЧОЯИ ХУНРАВӢ, НУФУЗ ВА ТАНГШАВӢ

Дар мақола ҳолати вохӯрандаи клиникии чор оризаи яқҷояи решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта пешниҳод шудааст: дар мавриди оризаҳои музмин-нуфуз ва тангшавии ғайриҷубронӣ пайвасти мешаванд ду оризаи шадиди беморӣ-рахнашавӣ ва хунравии дохилиузвӣю ковокибатӣ. Ба чунин ҳолати ҷойдошта давомнокии тӯлонии бемории решӣ, саривақт табобат накардани бемории решӣ оризанокии нуфузшудаи тангшуда оварда расонидаасту дар ин просесс ду оризаи шадиди беморӣ илова шудаанд. Дар ҳолати вазнинии беморӣ, ки дар асоси тангшавии музмини ғайриҷубронии решӣ ба амал омада пасон ба вайроншавии амики гомеостаз, харобшавии алиментарӣ, илтиҳоби фасодӣ –геморрагии сифокпарда оварда мерасонад, ҷарроҳии маҷбурӣ дар ин айём духтани решӣ рахнашудаи рӯдаи дувоздаҳангушта ба ҳисоб меравад. Дар марҳилаи дуҷуми табобат пас аз сиҳатёбии ҷарроҳии радикалӣ ба таври нақшавӣ тавсия дода мешавад.

Калимаҳои калидӣ: бемории решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта, оризаҳои омехта, нуфуз, рахнашавӣ, хунравӣ.