

Н.Х. МУСАБАЕВ, А.Е. ЭДІЛОВА, Ә.Б. МУСИЛИМОВА, Ә.А. САҒЫМБАЕВА
Ж.С. АЙДАРБЕКОВА, А.М. МАКЕНОВА, А.С. МАЛДЫБАЕВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии

ОПЫТ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

УДК 616.381 – 002 – 089

Согласно И. И. Неймарку (1988), перфорация язвы наблюдается у 3% больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. При исследовании А. Майстренко, К.Н. Мовчан, 2000; О.Ч. Хаджиев и соавт., 2001; И.И. Белов, 2004 выявили, что частота перфорации язвы составляет 4 - 30%. В литературе перфорация среди язвенных больных колеблется в пределах 5-15%, 5-10%. Это осложнение значительно чаще возникает у мужчин, чем у женщин, в возрасте 20-40 лет (67,6%). В старческом возрасте перфорация язвы наблюдается редко, но если происходит, то протекает тяжело и с осложнениями. Основная масса пациентов поступает к хирургу больными язвой желудка, и лишь 10—12% больных (из которых 80 % составляют мужчины молодого возраста) с перфорацией условно «немых» язв. При острой хирургической патологии органов брюшной полости перфорации язвы составляет 1,5-2,6% (В.Н. Санукевич, 2001). Летальность при перфоративных язвах остается высокой и составляет 5 - 15% (А.А. Курыгин и соавт., 2001; А.П. Борисов и соавт., 2003; Б.Д. Комаров, 2004).

Ключевые слова: Ушивание, иссечение язвы, резекция желудка.

Актуальность проблемы. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем здравоохранения (М.И. Кузин, 2001; А.Ф. Черноусов и соавт., 2001, Г.К. Жерлов и соавт., 2005; М. Henderson, 1997; J.Y.Kang et al., 2006).

Согласно И. И. Неймарку (1988), перфорация язвы наблюдается у 3% больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. При исследовании А. Майстренко, К.Н. Мовчан, 2000; О.Ч. Хаджиев и соавт., 2001; И.И. Белов, 2004 выявили, что частота перфорации язвы составляет 4 - 30%. В литературе перфорация среди язвенных больных колеблется в пределах 5-15%, 5-10%. Это осложнение значительно чаще возникает у мужчин, чем у женщин, в возрасте 20-40 лет (67,6%). Имеются сведения, что язвенной болезнью страдают преимущественно мужчины (9:1) в возрасте от 30 до 55 лет, у этих больных диагноз значительно облегчается. Некоторые хирурги утверждают, что прободение язвы чаще происходит у лиц в возрасте от 19 до 45 лет, в старческом возрасте перфорация язвы наблюдается редко, но если происходит, то протекает тяжело и с осложнениями. Другие – чаще у мужчин в возрасте 20-30 лет основная масса пациентов поступает к хирургу больными язвой желудка, и лишь 10—12 % больных (из которых 80 % составляют мужчины молодого возраста) с перфорацией условно «немых» язв.

В настоящее время на долю перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки приходится 0,1% среди хирургических заболеваний. При острой хирургической патологии органов брюшной полости перфорации язвы составляет 1,5-2,6% (В.Н. Санукевич, 2001). По данным исследований преобладания частоты перфорации в зависимости от локализации язвы в желудке или 12-перстной кишке не отмечено. Ф. И. Комаров (1995) указывает на большую частоту перфораций дуоденальной язвы. Более часто перфорируют язвы передней стенки препилорического отдела желудка и луковицы 12-перстной кишки.

Заболеванием чаще всего страдают люди наиболее активного, работоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость проблемы (П.Я. Григорьев, 1997). Прободение обычно наступает у людей, много лет страдавших язвенной болезнью,

значительно реже встречается прободение остро развившихся язв (от 2 до 10%). Наибольшее количество перфораций отмечается в осеннем и весеннем сезоне, что совпадает и с частотой обострения язвенной болезни. Способствующими факторами являются довольно часто какое-нибудь внешнее воздействие: нервное переживание, переполнение желудка едой, прием алкоголя, физическое напряжение и травма, переутомление и другие неблагоприятные факторы.

Летальность при перфоративных язвах остается высокой и составляет 5 - 15% (А.А. Курыгин и соавт., 2001; А.П. Борисов и соавт., 2003; Б.Д. Комаров, 2004).

Опыт технологии при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки.

Перфоративная язва - абсолютное показание к экстренной операции, которая должна производиться не позже первого часа после поступления больного. При наличии признаков распространенного перитонита, выраженной интоксикации операцию производят через 2-3 часа после поступления, в течение которых производят дезинтоксикационную и инфузионную терапию в условиях реанимационного отделения или палаты интенсивной терапии.

Целью нашей работы является рассмотрение рациональной оперативной тактики и оценка эффективности лечения при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки.

Работа основана на большом опыте оперированного лечения 143 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, поступивших в экстренном порядке в клинику ГКБ №7 с 2012 по 2015 г.г. Мужчин было 119 (83%), женщин – 24 (17%), в соотношении 5:1, в возрасте от 17 до 82 лет.

Наибольшая частота перфораций отмечена в возрасте от 20-40 лет - 82 (57,3%) больных, наименьшая в группе до 20 лет - 8 (5,6%) и старше 40 лет - 53 (36,1%) больных.

Большинство больных - 62 (43,3%) поступили до 6 часов от начала заболевания. В сроки от 6 до 12 часов госпитализированы - 29 (20,3%) пациента, от 12 до 24 часов - 36 (25,2%), через сутки и позже - 16 (11,2%) больной.

Язвенный анамнез наблюдался у 138 (96,5%) больных, у 5 (3,5%) возникли острые язвы с

перфорацией, из них у 2 (1,4%) передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки и у 3 (2,1%) передней стенки пилорического отдела желудка.

Перфоративная язва - абсолютное показание к экстренной операции, которая должна производиться не позже первого часа после поступления больного. При наличии признаков распространенного перитонита, выраженной интоксикации операцию производят через 2-3 часа после поступления, в течение которых производят дезинтоксикационную и инфузионную терапию в условиях реанимационного отделения или палаты интенсивной терапии.

При оперативном лечении применяли четыре варианта операции: ушивание перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки, иссечение язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки+пилоропластика по Джадду, резекция 2/3 желудка, иссечение язвы передней стенки пилорического отдела желудка+пилоропластика по Джадду и передняя стволовая ваготомия.

Выбор метода операции зависит от степени распространенности перитонита, локализации прободной язвы и тяжести общего состояния больного с учетом сопутствующих заболеваний.

1. Операции при прободной дуоденальной язве:

а) ушивание перфоративного отверстия двухрядными швами или сальником на ножке по Поликарпову производится при:

- обнаружении распространенного перитонита, развивающегося обычно, если с момента перфорации прошло более 6 часов;
- наличии большого воспалительного инфильтрата вокруг перфоративного отверстия;
- наличии тяжелых сопутствующих заболеваний; особенно у больных пожилого и старческого возраста;
- отсутствии язвенного анамнеза у больных моложе 20 лет;
- отсутствии условий для выполнения более сложной операции;

б) иссечение язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки+ пилоропластика по Джадду является методом выбора при отсутствии выраженного перитонита у больных моложе 60 лет, не имеющих других тяжелых заболеваний, показано при перфорации и кровотечении.

в) резекция 2/3 желудка показана при хронической язве двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией и пенетрацией в головку поджелудочной железы и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка на фоне диффузного серозного перитонита.

2. Операции при прободной язве желудка:

а) ушивание перфоративного отверстия двухрядными швами или сальником на ножке по Поликарпову производится при:

- обнаружении распространенного перитонита;
- наличии тяжелых сопутствующих заболеваний, особенно у больных пожилого и старческого возраста;
- локализации язвы в средней или верхней трети желудка;
- отсутствии условий для выполнения резекции желудка;

б) иссечение язвы передней стенки пилорического отдела желудка+пилоропластика по Джадду и передняя стволовая ваготомия является методом выбора при отсутствии выраженного перитонита у больных моложе 60 лет, не имеющих других тяжелых заболеваний, показано при перфорации и кровотечении.

Операция ушивания перфоративной язвы проведена у 135 (94 %) больных, в том числе у 26 (18,5%) - с язвой желудка. У 2 (1,4 %) больных с хроническими каллезными язвами тела желудка, осложненных перфорацией, кровотечением и общим гнойным перитонитом перфорация ушита по Опелю-Поликарпову.

Иссечение язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки+ пилоропластика по Джадду выполнено - 3 (2,1%) больным проводилось на фоне диффузного серозно-фибринозного, разлитого серозно-фибринозного, разлитого гнойно-фибринозного перитонита, иссечение язвы передней стенки пилорического отдела желудка+пилоропластика по Джадду и передняя стволовая ваготомия - 1 (0,6 %) больному на фоне диффузного гнойно-фибринозного перитонита. Показаниями к иссечению язвы являлись перфорация и кровотечения, среди наших 143 больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки перфорация сочеталась с язвенным кровотечением, иссечение язвы произведено всего у 4 (2,8%) больных.

В экстренной хирургии 7 (4,8%) больному при хронической язве двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией и пенетрацией в головку поджелудочной железы и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка на фоне диффузного серозного перитонита выполнена резекция 2/3 желудка.

Нижеуказанная таблица отражает в экстренной хирургии оперативные технологии перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных различными видами перитонита: от местного серозного до разлитого гнойно-фибринозного, также осложненных кровотечением, пенетрацией в головку поджелудочной железы и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка, раскрывает размеры перфоративных отверстий, указывает количество больных, пролеченных в ГКБ №7.

Таблица 1

Перфорация язвы	Осложнение	Диаметр перфоративного отверстия с восп. валом	Операции	Число больных
Луковица 12-ти перстной кишки	Местный серозный перитонит	0,2-0,4 см 0,8-1,0 см	Ушивание «Ушивание по поводу острой перфоративной язвы у 1 (0,9%)»	5 (3,4%)

			большого из 5 (4,9%)».	
Луковица 12-ти перстной кишки	Диффузный серозный перитонит	0,2-0,5 см 0,5-0,8 см	Ушивание	15 (10,4%)
Луковица 12-ти перстной кишки	Диффузный серозный перитонит. Пенетрация в головку поджелудочной железы. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.	0,5-0,6 см	Резекция 2/3 желудка по Бильрот II	7 (4,8 %)
Луковица 12-ти перстной кишки	Диффузный серозно-фибринозный перитонит	0,2-0,8 см 1,5 см	Ушивание	52 (36,3%)
Луковица 12-ти перстной кишки	Диффузный серозно-фибринозный перитонит	0,2 x 0,7 см	Иссечение перфоративной язвы +пилоропластика по Джадду.	1 (0,6 %)
Луковица 12-ти перстной кишки	Диффузный гнойно-фибринозный перитонит	0,3-0,4 см	Ушивание	5 (3,4 %)
Луковица 12-ти перстной кишки	Разлитой серозно-фибринозный перитонит	0,2-0,5 см 0,5-0,8 см	Ушивание	18 (12,5%)
Луковица 12-ти перстной кишки	Разлитой серозно-фибринозный перитонит	0,3-0,4 см	Иссечение перфоративной язвы +пилоропластика по Джадду.	3 (2,09%)
Луковица 12-ти перстной кишки	Разлитой гнойно-фибринозный перитонит	0,3-0,8 см 0,8 см	Ушивание	12 (8,3%)
Луковица 12-ти перстной кишки	Разлитой гнойно-фибринозный перитонит	0,8 x 1,4 см	Иссечение перфоративной язвы +пилоропластика по Джадду.	1 (0,6 %)
Желудок	Диффузный серозный перитонит	0,3 x до 0,5 см	Ушивание пилорического отдела	3 (2,09%)
Желудок	Диффузный серозный перитонит	0,6 x 0,8 см, 1,5 см.	Ушивание тела по поводу острой перфоративной язвы	2 (1,9%)
Желудок	Диффузный серозно-фибринозный перитонит	0,2-0,7 см 0,5-1,0 см	Ушивание пилорического отдела	11 (10,7%)
Желудок	Разлитой серозно-фибринозный перитонит	0,3 см 1,5 см	Ушивание передней стенки тела	2 (1,3 %)
Желудок	Диффузный гнойно-фибринозный перитонит		Иссечение перфоративной язвы передней стенки пилорического отдела+пилоропластика по Джадду+передняя стволовая ваготомия	1 (0,6%)
Желудок	Разлитой гнойно-фибринозный перитонит	4,0 x 3,0 см 1,5 см	Ушивание язвы передней стенки тела	5 (3,4 %)

ВСЕГО:			143 (100%)
--------	--	--	------------

Лечение больных в послеоперационном периоде проводилось с учетом тяжести состояния и варианта перенесенной операции. Наиболее тяжелую группу составили больные, у которых ограничили ушиванием перфорации. Тяжесть их состояния обычно была обусловлена распространенным гнойным перитонитом, а у больных пожилого возраста еще и тяжелой сопутствующей патологией. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 12 (8,5 %) больных: гнойные осложнения - 7 (5%); моторно-эвакуаторные нарушения - 4 (2,8 %). Осложнения возникали в результате прогрессирования перитонита, сочетания двух и более осложнений язвенной болезни, у больных пожилого и старческого возраста из-за наличия у них сопутствующих заболеваний.

Из 143 человек с перфоративными язвами умерло 4 (2,7 %) больных.

Первой больной 61 года была произведена операция - лапаротомия, ушивание перфоративной язвы желудка, холецистэктомия, санация, дренирование брюшной полости по поводу перфоративной язвы желудка, распространенного фибринозно-гнойного перитонита в терминальной фазе, абдоминального сепсиса, острого флегмонозного холецистита. Сопутствующие заболевания: Острый флегмонозный калькулезный холецистит. АГ Зст. ФК II. ИБС. СН ФК 3. ХСН I. Двусторонний хронический пиелонефрит. Жировой гепатоз. Через 5 суток больная умерла от интоксикации.

Второй больной 77 лет произведена операция - лапаротомия, ушивание перфоративной язвы луковицы 12-ти перстной кишки, санация, дренирование брюшной полости по поводу перфоративной язвы луковицы 12-ти перстной кишки, диффузного серозно-фибринозного перитонита. Сопутствующие заболевания: АГ Зст. ФК II. ИБС. СН ФК 3. ХСН I. Хронический обструктивный бронхит. Сахарный диабет 2 типа. На 6-ые сутки умерла от инфекционно-токсического шока.

Третьему больному 48 лет произведена операция - лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, иссечение язвы 12-ти перстной кишки, пластика по Джаду, холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, санация, дренирование, тампонирование брюшной полости по поводу перфоративной язвы луковицы 12-ти перстной кишки, распространенного фибринозно-гнойного перитонита в терминальной фазе, абдоминального сепсиса, острого флегмонозного холецистита, абсцесса брюшной полости. Интоксикации. ДВС синдрома. Острых язв желудка, осложненных продолжающимся кровотечением. Сопутствующие заболевания: ЖКБ. Острый флегмонозный калькулезный холецистит с перфорацией и перивезикальным инфильтратом. На 13 сутки на фоне интоксикации, ДВС-синдрома, полиорганной недостаточности, сепсиса больной умер.

Четвертому больному 82 лет была произведена операция - лапаротомия, ушивание перфоративной язвы, санация и дренирование брюшной полости по поводу перфоративной хронической язвы передней стенки пилорического отдела желудка с пенетрацией в головку поджелудочной железы в стадии обострения, осложненной разлитым фибринозно - гнойным перитонитом, в терминальной фазе, абдоминальным сепсисом.

Сопутствующие заболевания: Рак печени-холангиокарцинома высокодифференцированная, узловая форма. Внебольничная застойная 2-х сторонняя н/долевая пневмония. Сахарный диабет 2 типа, ИПФ, в стадии декомпенсации, тяжелое течение. ИБС, стенокардия напряжения ФК 3. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ХСН 2Б. Интоксикация. Гиповолемический шок 2 степени. На 5-ые сутки умер от инфекционно-токсического шока.

Выводы:

1. Рассмотрена рациональная оперативная тактика при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки методом выбора более наилучших для больных видов операций: ушивание, иссечение язв, резекция 2/3 желудка.
2. Выбор операции при перфоративных язвах должен быть индивидуальным с учетом локализации язвы, наличия других осложнений язвенной болезни, сроков госпитализации, общего состояния больного и квалификации хирурга. Показанием к ушиванию больных перфорации является общий фибринозно-гнойный перитонит или тяжелая фооновая патология в стадии декомпенсации. Ушивание выполнено 135 (94%) больным.
3. Методом выбора являются иссечение язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки+ пилоропластика по Джаду и иссечение язвы передней стенки пилорического отдела желудка+пилоропластика по Джаду и передняя стволовая ваготомия - при перфорации и кровотечении произведены у 1 (0,6%) больных.
4. Состояние большинства больных с перфоративными язвами позволяет выполнить им радикальную операцию. При хронической язве двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией и пенетрацией в головку поджелудочной железы и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка при диффузном серозном перитоните выполнена резекция 2/3 желудка у 7 (4,8%) больного.
5. Индивидуальный подход к выбору объема оперативных вмешательств при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки позволил улучшить непосредственные исходы операций. Летальность после операций с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки составила 4 (2,7%) больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Артмеладзе М.С. Радикальные операции перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Материалы научной сессии ПГМА. – Пермь: 2004. – С. 328-329.
- 2 Афендулов С.А. Реабилитация больных после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2002. - № 4. – С. 48 - 51.
- 3 Репин В.Н. Диагностика и выбор операции при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. – Пермь: 2006. - 99 с.
- 4 Репин В.Н. Хирургическое лечение больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Вестник хирургии им. Грекова. – 1999. - Т. 158. - № 3. - С. 61 - 63.
- 5 Сацукевич В.Н. Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2001. - № 5. - С. 24 - 27.
- 6 В.Н. Репин, С.Н. Поляков, М.В. Репин, А.С. Ефимушкина, М.С. Артмеладзе Хирургическая тактика при перфоративных пилородуоденальных язвах // Пермский медицинский журнал. - 2006. - №3. - С. 29-33.
- 7 В.Н. Репин, А.О. Возгомент, С.Н. Поляков, М.С. Артмеладзе Хирургическая тактика при перфоративных гастродуоденальных язвах // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы всероссийской конференции хирургов. – Саратов: 2003. - С. 72-76.
- 8 Шуркалин Б.К. Можно ли не ушивать перфоративную язву? // Вестник хирургии им. Грекова. – 2001. - Т. 160. - №12. - С. 81 - 86.

**Н.Х. МУСАБАЕВ, А.Е. ӘДІЛОВА, Ә.Б. МУСИЛИМОВА, Ә.А. САҒЫМБАЕВА,
Ж.С. АЙДАРБЕКОВА, А.М. МАКЕНОВА, А.С. МАЛДЫБАЕВА**
АСҚАЗАННЫҢ ЖӘНЕ ОН ЕКІ ІШЕКТИҢ ТЕСІЛГЕН ОЙЫҚ ЖАРАСЫНДА ОТАЛЫҚ
ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫҢ НӘТИЖЕСІ ТӘЖІРИБЕСІ

Түйін: Асқазанның және он екі елі ішектің ойық жарасы бар науқастарда И.И.Неймарк (1988) бойынша ойық жараның тесілуі 3% кездеседі. А. Маистеренко, К.Н.Мовчан, 2000; О.Ч.Ходжаев бірлескен авторларымен, 2001; И.И.Белов 2004 зерттеулері бойынша ойық жараның тесілуінің жиілігі 4-30% құрайды. Әдебиеттер бойынша науқастарда ойық жараның тесілуі 5-15%, 5-10% аралығында ауытқиды. Бұл асқынуға әйелдерге қарағанда ер кісілер 20-40 жас аралығында жиі ұшырайды. Қарттық шақта ойық жараның тесілуі сирек кездеседі, тесілу болған жағдайда ағымы ауыр және асқынулармен өтеді. Хирург маманына келген науқастардың көбі ойық жарамен келсе, соның ішінде 10-12% (соның 80% жас ер кісілер) шартты түрде «мылқау» тесілген ойық жарамен келіп қаралады. Іш қуысының жедел ауруларында тесілген ойық жара 1,5-2,6% құрайды (В.Н.Санукевич, 2001). Тесілген ойық жарада өлім қаупі жоғары және ол 5-15% жетеді (А.А.Курыгин бірлескен авторларымен, 2001; Б.Д.Комаров, 2004).
Түйінді сөздер: Тігіс салу, ойық жараны кесу, асқазан резекциясы.

**N.KH. MUSABAEV, A.E. ADILOVA, A.B. MUSLIMOVA, A.A. SAGYMBAEVA, ZH.S. AIDARBEOVA,
A.M. MAKENOVA, A.S. MALDYBAEVA**
THE EXPERIENCE OF SURGICAL TECHNOLOGIES DURING PERFORATIVE GASTRIC
AND DUODENAL ULCERS

Resume: According to I. I. Neymark (1988), the perforation of an ulcer is observed among 3% of patients with gastric and duodenal ulcers. In A. Maystrenko's research, K. N. Movchan, 2000, O. Ch. Hadzhiyev and coauthors., 2001, I. I. Belov, 2004 revealed that the frequency of perforation of an ulcer is between 4-30%. In the literature perforation among patients with ulcers is about 5-15%, 5-10%. This complication happens among men rather than among women, between the years of 20-40 (67,6%). The perforation of an ulcer is observed seldom at senium, but if it occurs then it proceeds bad and with complications. The bulk of patients come to the surgeons as the patients with gastric ulcer, and only between 10-12% of patients (80% of man of juvenile age) come with the perforation of conditionally "mute" ulcers. The perforation of an ulcer is 1,5-2,6% among acute surgical pathology of abdominal organs (V. N. Sanukevich, 2001). The lethality after the ulcer perforation is still high and between 5-15% (A. A. Kurygin and coauthors, 2001, A. P. Borisov and coauthors, 2003, B. D. Mosquitoes, 2004).

Keywords: stitching, excision of an ulcer, gastric resection.

Ж.Н. КЫЖЫРОВ, Б.М. БЕКИШЕВ, М.М. САХИПОВ
Г.Т. БЕРИСТЕЛОВ, А.П. БАЙЗАКОВА
К.Ж. БАЙЖИГИТОВ, Т.А. ИСКАКОВА
Ж.Е. БЕЙСЕЕВА, А.Б. ЕРСЕЙТ

Кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова;
Отделение экстренной хирургии, Городская клиническая больница №7

БЕРЕМЕННОСТЬ И ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ ПЕРИТОНИТОМ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

УДК [618.21.3+616.34-007.272-036.11]-06: 616.381-002

Случай посвящен проблеме диагностики и лечения острой кишечной непроходимости в сочетании с беременностью. Частота кишечной непроходимости при беременности составляет один случай на 40000-50000 родов, при этом материнская смертность достигает 35-50 %, а мертворождаемость – 60-75 %. Трудности диагностики и лечения острой кишечной непроходимости при беременности, высокий процент послеоперационных осложнений и летальных исходов, диктуют необходимость дальнейшего изучения проблемы с целью повышения качества оказания помощи для снижения репродуктивных потерь при беременности,

Ключевые слова: беременность, острая кишечная непроходимость, осложнение, перитонит, релапаротомия

Введение.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) относится к самым грозным хирургическим заболеваниям органов брюшной полости, составляя 9-20 % от всех больших с острой абдоминальной патологией [1, 2, 6, 8, 14].

Увеличение заболеваемости ОКН в последние годы многие авторы связывают с возрастающей оперативной активностью при диагностике и лечении заболеваний хирургического профиля, а также развитием спаечной болезни [3, 4, 16, 17]. Спаечная непроходимость - наиболее распространенная форма острой кишечной непроходимости. Возникновение адгезивного процесса в брюшной полости после лапаротомий отмечено в 64-93% наблюдений [9, 11]. ОКН у беременных характеризуется неблагоприятным прогнозом для матери и плода. Частота кишечной непроходимости при беременности составляет один случай на 40000-50000 родов, при этом материнская смертность достигает 35-50 %, а мертворождаемость – 60-75 % [1, 15, 16].

Несмотря на существующие методы исследования, проблема ранней диагностики кишечной непроходимости при беременности остается актуальной. Фактор времени зачастую играет решающую роль в развитии ОКН и влияет на прогноз [6].

Необходимо отметить, что результаты лечения ОКН во многом зависят от сроков постановки диагноза и объема оказания неотложной помощи. Послеоперационная летальность колеблется от 4,6% до 40 % в зависимости от длительности заболевания [10, 11, 12, 13]. В условиях перитонита и абдоминального сепсиса летальность увеличивается до 41,6% - 43 %, а при инфекционно-токсическом шоке и полиорганной недостаточности до 70% - 100% [8, 13]. Основными причинами высокой летальности являются сложность ранней диагностики, поздняя обращаемость больных, несвоевременное оказание лечебной помощи, а также стертость и атипичность клинической картины заболевания при беременности [3, 4, 5, 6, 17]. При хирургическом лечении, проведенном в течение первых 3 часов после начала заболевания, летальность не превышает 5%, тогда как при запоздалой операции погибает каждая четвертая беременная.

Приводим наблюдение. Больная А., 1985 г.р., (ИБ №1208). Поступила экстренно в приемный покой хирургии ГКБ №7 23.01.16 года в 02 часов 40 мин с диагнозом: острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Беременность 24-25 недель.

Жалобы при поступлении: на выраженные спастические боли по всему животу, чувство тяжести в эпигастрии, тошноту, рвота с желчью, не приносящее облегчение, задержку стула и газов в течение 4 суток, слабость, недомогание, снижение аппетита.

Anamnesis morbi: считает себя заболевшей в течение 6 часов, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Начало заболевания ни с чем не связывает. Не лечилась, за медицинской помощью не обращалась. В динамике состояние больной ухудшилось, присоединилась тошнота, рвота, не приносящее облегчение, общая слабость. Доставлено бригадой СМП в ГКБ №1, осмотрено гинекологом, терапевтом выставлен диагноз: острый фарингит под вопросом. Рекомендовано консультация ЛОР врача, инфекциониста. Повторно осмотрено гинекологом и хирургом, проведено обследование. Далее с подозрением на спаечную болезнь, почечную колику больная направлена на консультацию в ГКБ №7.

Anamnesis vitae: вирусный гепатит, туберкулез, кожно-венерические заболевания отрицает. Гемотранфузионный анамнез не отягощен. Лекарственную аллергическую реакцию не отмечает. Эпидемиологическое окружение - отрицает. Операции в 1999 году - по поводу острого аппендицита, перитонита, в 2001 году - разрыв кисти правого яичника.

Гинекологический анамнез: менструальный цикл с 13 лет, по 3-4 дня, через 28-30 дней. Половая жизнь с 25 лет. Брак - 1, зарегистрированный. Гинекологические заболевания - отрицает. Беременность - 2 (вторая данная), роды - 1.

Status praesens: Общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватой окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное хрипов нет. ЧДД - 18 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100\70 мм. рт. ст. Пульс 88-90 уд в мин. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочиспускание свободное, безболезненное. Стул не нарушен. Язык влажный, чистый. Живот увеличен за счет

беременности сроком 23-24 недели. Симметричный, участвует в акте дыхания. Печень у края реберной дуги, желчный пузырь, селезенка не пальпируются. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии, вокруг пупка, в левом мезогастрii. Перитонеальных симптомов нет. Перкуторно тимпанит над вздутыми петлями кишечника. Стула не было, газы не отходят.

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Уретра, парауретральные ходы, бартолиниевы железы – без особенностей.

В зеркалах: слизистая влагалища, шейка матки чистая. Выделений из половых путей нет.

Per vaginum: шейка матки цилиндрической формы. Цервикальный канал закрыт. Матка увеличена до 23-24 недель беременности, не возбудима, локальной болезненности нет. Справа и слева придатки не определяются. Задний свод умеренно болезненный при пальпации, свободный.

Лабораторно-диагностические исследования: ОАК; (23.01.16 02:50): лейкоц- $10,1 \times 10^9/\text{л}$, эритроц- $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв-97,0 г/л, HCT-29,4 %, тромбоц- $381,0 \times 10^9/\text{л}$. ОАМ (23.01.16 02:50); BLD- neg, BIL- neg, URO- neg, KET-50++, PRO- 30+, NIT- neg, GLU-neg, pH-5,5, SG-1020, LEU- neg, VTC-neg, COL-neg, CLA-neg. БАК (23.01.16 02:50); мочевина-2,0 ммоль/л, креатинин-43,5 мкмоль/л, глюкоза-5,3 ммоль/л, общий билирубин-5,8 мкмоль/л, АСТ-16,6 У/л, АЛТ-12 У/л, амилаза-73 У/л. Коагулограмма (23.01.16 02:50); АЧТВ-30,60с, МНО-1,36 с, ПТИ-89,2 %, ПВ-16,1 с, Фибриноген А- 3,8 г/л.

УЗИ органов брюшной полости (23.01.16): хронический холецистопанкреатит. УЗИ плода (23.01.16): Беременность 23-24 недели. Гипертонус миометрия. Рентген органов грудной клетки (23.01.16): легкие расправлены, синусы свободные. Обзорный рентген брюшной полости (23.01.16): Определяются арки и чаши Клойбера в центральной части брюшной полости. Картина тонкокишечной непроходимости.

С диагнозом острая кишечная непроходимость. Беременность 23-24 недель назначена операция.

Операция: 23.01.2016г. - Лапаротомия. Рассечение спаек. Резекция участка тонкого кишечника с наложением анастомоза «бок в бок». Дренажирование брюшной полости.

Послеоперационный диагноз: Острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Диффузный серозный перитонит. Беременность 24-25 недель. На 6 - е сутки осложнилась несостоятельностью швов анастомоза, перитонитом.

Повторная операция: 29.01.2016г. - Релапаротомия. При ревизии органов брюшной полости было установлено несостоятельность швов межкишечного анастомоза размерами до 0,8 – 1,0 см. Учитывая общее тяжелое состояние, железодефицитную анемию, наличие беременности (24-25 недель), повторную операцию, функциональную непригодность подвздошной кишки в конгломерате, и дефектом межкишечного анастомоза, диаметром до 1 см, стенки кишки рыхлые, инфильтрированные с множественными перегибами и неудовлетворительной проходимостью, несостоятельность первичного энтероэнтероанастомоза, наличие очень короткого оставшегося участка подвздошной кишки от илеоцекального угла (7-10 см), решено произвести резекцию терминального отдела подвздошной кишки в объеме 50-60 см с формированием

одноствольной илеостомы.

Послеоперационный диагноз: Состояние после лапаротомии, устранение ОКН, резекции участка тонкого кишечника с анастомозом «бок в бок» (23.01.16г). Несостоятельность первичного энтероэнтероанастомоза. Диффузный серозный перитонит. Нефиксированная эвентрация 2-ой степени. Беременность 23-24 недели. Абдоминальный сепсис. Септический шок. Септическая двухсторонняя нижнедолевая пневмония. ДВС – синдром, 2 стадия, субкомпенсация. Тромбоцитопения смешанного генеза. Илеостома.

На 2 сутки по поводу «Аntenатального гибели плода. Вторичного панметрита», была 3-я операция 31.01.2016г. - Ререлапаротомия. Ревизия, санация и дренирование брюшной полости. Экстирпация матки с маточными трубами и плодом. Перевязка внутренних подвздошных артерий.

Послеоперационный диагноз: Острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Диффузный серозный перитонит. Беременность 24-25 недель. Состояние после лапаротомии, устранение ОКН, резекции участка тонкого кишечника с анастомозом «бок в бок» (23.01.16г). Несостоятельность анастомоза, частичная эвентрация. Состояние после реоперации- резекция участка с анастомозом подвздошной кишки, санация брюшной полости, устранение эвентрации (29.01.16г). прогрессирующий гнойный перитонит. Абдоминальный сепсис. Септический шок. Септическая двухсторонняя нижнедолевая пневмония. ДВС – синдром, 2 стадия, субкомпенсация. Тромбоцитопения смешанного генеза. Антенатальная гибель плода. Вторичный фибринозно-гнойный периметрит, панметрит. Перисальпингит. Хориоамнионит.

В динамике общее состояние больной остается тяжелым, за счет перенесенных повторных операции и симптомов интоксикации, сепсиса. В динамике состояние с ухудшением за счет клиники вялотекущего перитонита. На фоне этого наступила частичная несостоятельность илеостомы. В связи с чем, 03.02.2016г. была 3-я релапаротомия, ревизия органов брюшной полости, санация брюшной полости, ререзекция участка тонкого кишечника с илеостомой. Дренажирование брюшной полости. Программированная лапаростомия.

Послеоперационный диагноз: Острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Диффузный серозный перитонит. Беременность 24-25 недель. Состояние после лапаротомии, устранение ОКН, резекции участка тонкого кишечника с анастомозом «бок в бок» (23.01.16г). Несостоятельность анастомоза, частичная эвентрация. Состояние после реоперации- резекция участка с анастомозом подвздошной кишки, санация брюшной полости, устранение эвентрации (29.01.16г). прогрессирующий гнойный перитонит. Абдоминальный сепсис. Септический шок. Септическая двухсторонняя нижнедолевая пневмония. ДВС – синдром, 2 стадия, субкомпенсация. Тромбоцитопения смешанного генеза (потребления, токсического). Антенатальная гибель плода. Вторичный фибринозно-гнойный периметрит, панметрит. Перисальпингит. Хориоамнионит. Реоперация 31.01.16г: релапаротомия, экстирпация матки с маточными трубами и плодом. Ревизия, санация и дренирование