

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Е.С. Катанов, докт. мед. наук, проф., **С.А. Анюров**, **Е.М. Ермолаева**, канд. мед. наук, **С.М.Шурбаков**, **П.Г. Егоров**
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Городская клиническая больница №1, Чебоксары
E-mail: katanove@mail.ru

Представлены сведения о перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. На клинических примерах показана сложность диагностики при атипичной клинической картине перфоративной язвы.

Ключевые слова: перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, заболеваемость, диагностика.

Перфорация осложняет течение язвенной болезни у 2–10% пациентов. Частота перфоративной язвы (ПЯ) желудка и двенадцатиперстной кишки за последние несколько десятилетий меняется. По данным белорусских исследователей, в 90-е годы XX века наблюдался резкий скачок частоты этого осложнения – с 11,7 до 25,9 на 100 тыс. населения. Затем ситуация стабилизировалась [1]. По данным РФ за последние 20 лет, заболеваемость снизилась с 26,8 до 13,5 на 100 тыс. населения [2, 3]. Согласно данным метаанализа J. Lau (2011), обобщившего результаты 93 исследований, заболеваемость ПЯ составила 3,8–14 на 100 тыс. населения, а послеоперационная летальность – от 15,5 до 31% [4].

Мы проанализировали частоту прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки по данным хирургического отделения Городской клинической больницы №1 Чебоксар за 20 лет. В 1997 г. частота ПЯ составила 28,9 на 100 тыс. взрослого населения, в 2006 г. – 23,6, в 2016 г. – 15,4. В эти же годы послеоперационная летальность от вторичного перитонита в результате ПЯ составила соответственно 3,1; 8,7 и 10% [5] (рис. 1).

Таким образом, наряду с уменьшением числа пациентов, поступивших с ПЯ, частота летальных исходов от вторичного гнойного перитонита в результате позднего поступления в стационар и сложностей диагностики осталась на прежнем уровне, а в пересчете на оперированных пациентов летальность даже увеличилась на 10%.

Наиболее сложная группа пациентов с ПЯ – больные старшей возрастной группы. Это обусловлено сопутствующей патологией и особенностями реакции организма на болевой фактор, что приводит к позднему поступлению в стационар.

Традиционно группа пациентов, поступивших с перфоративной гастродуоденальной язвой, в основном представлена мужчинами среднего возраста. Но теперь нередко встречаются пожилые больные с высокой частотой летальных исходов. Женщин среди пациентов с ПЯ немного. В последние годы в связи с увеличением среди больных доли лиц старшей возрастной группы число больных женщин выросло в 3 раза [3].

Типичная клиническая картина ПЯ желудка и двенадцатиперстной кишки, проявляющаяся в первые 6–9 ч, хорошо известна медицинским работникам, и в эти сроки ошибок диагностики обычно не бывает.

Приведем клинический пример типичного проявления ПЯ в первые часы после прободения.

Наблюдение №1. Больной Н., 59 лет, доставлен в приемное отделение по скорой помощи с жалобами на сильные боли по всему животу через 7 ч после начала приступа. Боли появились внезапно после обеда, сопровождались однократной рвотой съеденной пищей. Вначале боли локализовались в области правого подреберья и эпигастрии. Пациент вынужден был лечь в постель, постепенно боли несколько уменьшились.

Эпизоды болей в области эпигастрия были и ранее, пациент состоит на учете в связи с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Через несколько часов боли снова усилились и распространились по всему животу, появились ощущение вздутия

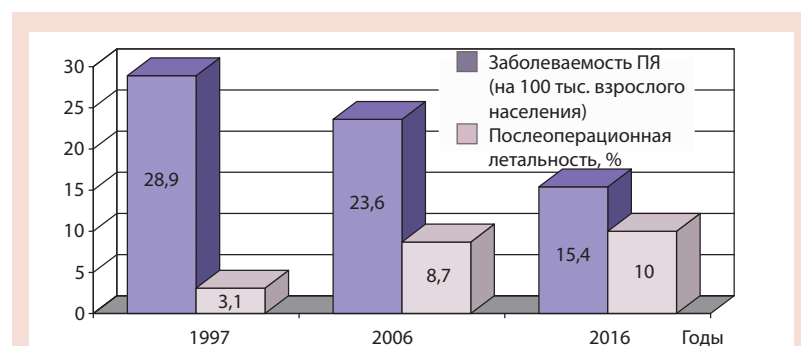


Рис. 1. Заболеваемость ПЯ и летальность от вторичного перитонита в результате ПЯ в Чебоксарах за 1997–2016 гг.

живота, задержка газов. Пациент был вынужден вызвать скорую помощь.

При осмотре хирургом стационара общее состояние расценено как тяжелое. Кожные покровы бледноватые. Язык сухой, без налета. АД – 140/80 мм рт. ст., пульс – 92 в минуту. Положение пациента вынужденное на правом боку с коленями, прижатыми к груди. Перемена положения вызывает усиление болей. Живот незначительно вздут, перистальтика кишечника снижена. Передняя брюшная стенка умеренно напряжена и болезненна во всех отделах, больше – в эпигастрии. Определяется положительный симптом Щеткина–Блюмберга.

Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости в положении стоя с захватом нижних отделов грудной клетки. На рентгенограмме определяется свободный газ под правым куполом диафрагмы.

Общий анализ крови: эр. – $4,33 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 137 г/л, л. – $8,03 \cdot 10^9/л$, н. – 70,1%, лимф. – 10,8%, мон. – 12,6%, э. – 6,1%, б. – 0,4%, тр. – $249 \cdot 10^9/л$.

Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, уд. вес – 1,008, кислотность – 5,5, глюкоза – 0 мг/дл, белок – 0 г/л, л. – 0 в 1 мкл, эр. – 0 в 1 мкл.

Биохимический анализ крови: мочевины – 5,8 ммоль/л, креатинин – 98 мкмоль/л, билирубин – 9,0 мкмоль/л (прямой – 1,4 мкмоль/л), аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 24,7 ЕД/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) – 21,4 ЕД/л, амилаза – 12,8 ЕД/л, глюкоза – 6,03 ммоль/л, общий белок – 65,0 г/л, альбумин – 28,8 г/л, фибриноген – 9,1 г/л, хлориды – 102,0 ммоль/л, натрий – 134,0 ммоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, кальций – 2,1 ммоль/л, протромбиновый индекс – 102%, международное нормализованное отношение (МНО) – 0,98.

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования пациента, лабораторных данных и рентгенограммы органов брюшной полости поставлен диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией, перитонит.

После предоперационной подготовки под комбинированным наркозом выполнена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости во всех отделах обнаружена мутная жидкость без колибациллярного запаха (до 1,0 л). Петли тонкой кишки умеренно расширены, покрыты налетом фибрина. Наибольшие отложения фибрина обнаружены под печенью в пилородуоденальной зоне. На передней стенке пилоруса – перфоративное отверстие 15×10 мм. Окружающие ткани уплотнены, имеются спайки с большим сальником и шейкой желчного пузыря. Перфоративное отверстие ушито узловыми швами. После санации брюшной полости введены дренажи через контрапертуры, срединная рана ушита наглухо.

Послеоперационный диагноз: хроническая пилородуоденальная язва, осложненная перфорацией в свободную брюшную полость; распространенный серозно-фибринозный перитонит.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась типичная терапия с парентеральным введением гидроионных растворов, антибиотиков, антисекреторных препаратов, антикоагулянтов прямого действия и обезболивающих средств. Рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан из стационара через 12 сут под наблюдение хирурга поликлиники.

Приведенное наблюдение демонстрирует типичную клиническую картину ПЯ. Пациент имел личный опыт оценки болевых ощущений, характерных для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Возможно, вследствие этого он не сразу вызвал скорую помощь, а какое-то время выжидал в надежде на купирование болевого приступа. По данным лабораторных исследований видны только отдельные отклонения от нормы. Повышен уровень фибриногена (9,1 г/л) и глюкозы (6,03 ммоль/л).

Анализ обращений пациентов с ПЯ за врачебной помощью показал, что больные старшей возрастной группы позже вызывают врача, чем пациенты 18–20 лет [6].

Наблюдение №2. Больная М., 24 лет, около 18.00 01.04.14 почувствовала внезапные сильные боли в нижних отделах живота. Температура тела повысилась до $38^{\circ}C$. Боли появились в состоянии покоя дома. Приняла 20 мл новокаина внутрь. Боли уменьшились, но вскоре возобновились с прежней интенсивностью. Вызвала бригаду скорой помощи. Ранее наблюдалась у врача по поводу хронического гастрита.

Врач скорой помощи поставил диагноз: острый абдоминальный синдром; хронический аднексит, обострение.

Пациентка доставлена в приемный покой стационара многопрофильной дежурной клиники. 1.04.14, 22.40 (с момента перфорации прошло 4 ч 40 мин). При осмотре общее состояние удовлетворительное. Пациентка пониженного питания, кожные покровы бледноватые. АД – 100/60 мм рт. ст., пульс – 75 в минуту. Живот правильной формы, брюшная стенка мягкая, незначительно болезненная внизу живота. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Общий анализ крови: эр. – $3,75 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 87 г/л, л. – $7,1 \cdot 10^9/л$, с. – 57%, п. – 7%, лимф. – 31%, мон. – 5%, э. – 0%, тр. – $331 \cdot 10^9/л$.

Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, уд. вес – 1,025, кислотность – 5,5, глюкоза – 0 мг/дл, белок – 0 г/л, л. – 25 в 1 мкл, эр. – 0,2 мг/дл.

Биохимический анализ крови: мочевины – 4,3 ммоль/л, креатинин – 94,3 мкмоль/л, билирубин –

10,2 мкмоль/л, АЛТ – 23 нмоль/с/л, АСТ – 10 нмоль/с/л, амилаза – 2,4 мг/с/л, глюкоза – 4,6 ммоль/л, общий белок – 62,0 г/л.

УЗИ органов малого таза: обнаружена жидкость в полости малого таза в большом количестве: по заднему контуру матки – толщиной в 61 мм, по переднему – 54 мм. Левый яичник размерами 42×34×46 мм, имеются кистозные изменения. Правый яичник не лоцируется.

Осмотр гинеколога. Начало менструаций – с 16 лет, периодичность – через 28 дней, длительность – 5–6 дней. Последние месячные – 26.02.14. Влагилище нерожавшей женщины. Шейка матки эрозирована, наружный зев закрыт, имеются скудные белесоватые выделения. Матка не увеличена, ограничена в подвижности, болезненная при пальпации. Придатки справа пастозные, резко болезненные. Придатки слева пастозные, умеренно болезненные. Свод нависает. Выполнена пункция брюшной полости через задний свод влагилища, получено 200,0 мл гноя зеленоватого оттенка (отправлен на микробиологический анализ). С шейки матки взят мазок для микробиологического анализа.

Заключение цитологического исследования: цитограмма воспалительного процесса. Заключение микробиологического исследования: получен массивный рост *Staphylococcus epidermidis*, чувствительный к оксациллину, ванкомицину, линкомицину, ципрофлоксацину, амикацину.

Диагноз: острый двусторонний сальпингоофорит; пельвиоперитонит.

Больная госпитализирована в гинекологическое отделение. Назначена комплексная противовоспалительная и инфузионная терапия.

02.04.14, 01.30. Дневник динамического наблюдения. Беспокоят ноющие боли внизу живота. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Температура – 37,8°C.

02.04.14, 06.00. Появились резкие боли внизу живота. Пальпаторно брюшная стенка болезненная во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Общий анализ крови: эр. – $3,62 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 76 г/л, л. – $9,0 \cdot 10^9/л$, с. – 58%, п. – 28%, лимф. – 9%, мон. – 4%, э. – 1%, тр. – $307 \cdot 10^9/л$.

После осмотра дежурного хирурга определены показания к оперативному вмешательству с диагнозом: острый аппендицит?

02.04.14, 11.55. Под общей анестезией брюшная полость вскрыта доступом по Волковичу–Дьяконову. В брюшной полости – значительное количество мутного серозного выпота. Аппендикс при осмотре не изменен. Петли тонкой кишки осмотрены на протяжении 1 м от слепой кишки – не изменены. Вызван дежурный гинеколог. Выполнена нижнесрединная

лапаротомия. Матка не изменена. Маточные трубы гиперемированы, не утолщены, отделяемого из труб нет. Левый яичник увеличен (5×4×4 см), кистозно изменен. Выполнена резекция яичника. После санации брюшная полость дренирована через контрапертуры. Брюшная стенка ушита наглухо.

3–6.04.14. Лечение в гинекологическом отделении. Состояние удовлетворительное, беспокоят слабые боли в нижних отделах живота. Температура субфебрильная. 3.04 была двукратная рвота. По дренажам – выделение мутной серозно-геморрагической жидкости в незначительном количестве. Антибактериальная терапия (цефтриаксон и метронидазол) и инфузия гидроионных растворов (1500,0 мл/сут) продолжают.

Общий анализ крови (6,04): эр. – $3,09 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 68 г/л, л. – $8,4 \cdot 10^9/л$, с. – 73%, п. – 8%, лимф. – 11%, мон. – 2%, э. – 0%, тр. – $348 \cdot 10^9/л$.

07.04.14, 14.30 Жалобы на боли в животе в области ушитой срединной раны. АД – 110/80 мм рт. ст., пульс – 88 в минуту. Отмечено появление гнойных выделений по дренажам в умеренном количестве. Выполнено промывание дренажей до возврата чистой жидкости.

Общий анализ крови: эр. – $3,05 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 63 г/л, л. – $10,1 \cdot 10^9/л$, с. – 68%, п. – 11%, лимф. – 7%, мон. – 7%, э. – 4%, тр. – $303 \cdot 10^9/л$.

Биохимический анализ крови: мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 72 мкмоль/л, билирубин – 4,9 мкмоль/л (прямой – 1,0 мкмоль/л), АЛТ – 10 нмоль/с/л, АСТ – 21 нмоль/с/л, амилаза – 14 Ед/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л, общий белок – 52,3 г/л, фибриноген – 4,3 г/л, хлориды – 105,8 ммоль/л, натрий – 140,4 ммоль/л, калий – 3,5 ммоль/л, кальций – 1,76 ммоль/л.

С целью коррекции анемии перелиты 2 дозы эритроцитной массы – 526,0 мл (В(III)Rh–отр.).

При УЗИ в брюшной полости определяется свободная неоднородная жидкость, слой – до 29 мм, в малом тазу – жидкость с толщиной слоя до 24 мм. При сканировании обнаружено расширение чашечно-лоханочной системы правой почки (чашечки – 8 мм).

07.04.14, 20.00. Состояние средней тяжести. Был 2 раза жидкий стул. Живот болезненный, симптомы раздражения брюшины сомнительные. При осмотре дежурного хирурга заподозрено выделение по дренажам кишечного содержимого. Определены показания к релапаротомии с предположительным диагнозом: перфорация кишки? перитонит.

07.04.14, 22.00. Релапаротомия. Ушивание прикрытой ПЯ пилорородуоденальной зоны. Санация и дренирование брюшной полости.

Под общим обезболиванием сняты швы со срединной раны, срединный разрез расширен вверх. Во всех отделах брюшной полости обнаружен гной. Петли тонкой кишки умеренно отечны, покрыты

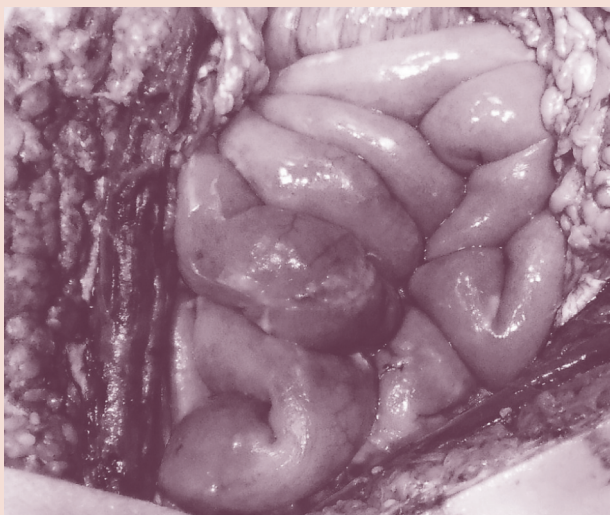


Рис. 2. Интраоперационное фото во время плановой санации брюшной полости (описание в тексте)

фибрином. Наибольшие отложения фибрина обнаружены под печенью и в правом боковом канале. На передней стенке пилорoduodenальной зоны обнаружено перфоративное отверстие диаметром до 2 см. К области перфоративного отверстия припаяна печень, круглая связка печени, париетальная брюшина передней брюшной стенки. Перфоративное отверстие ушито узловатыми швами и прикрыто большим салником. После удаления содержимого и промывания антисептиком брюшная полость дренирована через контрапертуры. На срединную рану наложены редкие узловатые швы без сшивания апоневроза.

Послеоперационный диагноз: язвенная болезнь пилорoduodenальной зоны, осложненная перфорацией в замкнутую полость; разлитой гнойно-фибринозный перитонит.

08.04.14, 08.15. Лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии. Состояние тяжелое, гемодинамика стабильная. АД – 115/70 мм рт. ст., пульс – 88 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, болезненный в области послеоперационных ран, перистальтика кишечника не выслушивается. Диурез снижен, моча концентрированная. По дренажным трубкам отделяемого нет.

Общий анализ крови: эр. – $3,79 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 92 г/л, л. – $19,6 \cdot 10^9/л$, с. – 79%, п. – 13%, лимф. – 5%, мон. – 2%, э. – 0%, тр. – $299 \cdot 10^9/л$.

Проводится сбалансированная инфузионная терапия, включая полиионные и коллоидные растворы, аминокислоты, жировые эмульсии. Антибактериальная терапия: макролиды (клацид – 1000 мг/сут), метронидазол – 1500 мг/сут, фторхинолоны (моксифлоксацин – 400 мг/сут). Антикоагулянтная, антисекреторная и симптоматическая терапия. С целью восполнения факторов свертывания крови перелита свежзамороженная плазма (300,0 мл). Для восполнения газотранспортной

функции крови перелита 1 доза эритромазсы (213,0 мл). Переливание компонентов крови перенесла без осложнений.

За 1 сутки (08.04.14) введено внутривенно 3850,0 мл, мочи выделено 1500,0 мл.

Для эффективного послеоперационного обезболивания выполнены пункция и катетеризация эпидурального пространства на уровне ThVIII–IX. Катетер направлен краниально, введена тест-доза 2% лидокаина – 2,0 мл. Эффект эпидуральной анестезии положительный.

09.04.14, 09.30. Беспокоят умеренные боли в области послеоперационных ран. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Живот не вздут, выслушивается вялая перистальтика кишечника. По дренажам – выделения серозно-геморрагического характера в незначительном количестве. Застоя в желудке нет.

Общий анализ крови: эр. – $3,77 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 94 г/л, л. – $25,9 \cdot 10^9/л$, с. – 81%, п. – 11%, лимф. – 5%, мон. – 3%, э. – 0%, тр. – $350 \cdot 10^9/л$.

Общий анализ мочи: желтая, мутная, уд. вес – 1,03, кислотность – 6, глюкоза – 0 мг/дл, белок – 0,07 г/л, л. – 25 в 1 мкл, эр. – 0,2 мг/дл.

Биохимический анализ крови: мочевины – 5,0 ммоль/л, креатинин – 72,0 мкмоль/л, билирубин – 3,9 мкмоль/л, АЛТ – 21 нмоль/с/л, АСТ – 30 нмоль/с/л, амилаза – 73 Ед/л, глюкоза – 8,3 ммоль/л, общий белок – 51,6 г/л, альбумин – 25 г/л, фибриноген – 3,7 г/л, хлориды – 98 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, кальций – 1,8 ммоль/л, протромбиновый индекс – 92%, МНО – 1,18.

10.04. Общее состояние средней тяжести. Беспокоят незначительные боли в области послеоперационных ран. Живот не вздут, выслушивается слабая перистальтика кишечника. Застоя в желудке нет.

Под общим обезболиванием выполнена плановая санация брюшной полости. В брюшной полости – незначительное количество мутноватой жидкости. Имеются отдельные отложения фибрина на петлях тонкой кишки. Брюшина кишки блестящая, стенка незначительно отечная, прослеживается перистальтика. Края срединной раны – без некрозов и гнойных очагов (рис.2). Брюшная полость промыта антисептиком и дренирована. Срединная рана ушита наглухо с применением сквозных швов, проходящих через все слои брюшной стенки.

Послеоперационный период в дальнейшем протекал без осложнений. Дренажи извлечены из брюшной полости через 3–5 сут после плановой санации. Заживление раны первичным натяжением. Выписана на амбулаторное лечение через 21 сут от поступления в стационар.

При фагогастроуденоскопии отмечены воспалительные изменения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. На передней стенке луковицы

двенадцатиперстной кишки – зона фибрина желтоватого цвета 15×4 мм. Аппарат свободно проходит в кишку.

Клиническое наблюдение №2 показывает, что отсутствие типичной клиники перфорации язвы двенадцатиперстной кишки пациентки молодого возраста привело к ошибке в диагностике и неадекватному лечению. В течение 5 сут проводилось лечение вторичного гнойного перитонита вследствие ПЯ методом промывания малого таза через дренажи, установленные во время операции; вводились антибиотики широкого спектра действия и гидроионные растворы. Как следует из данных динамического наблюдения, такое лечение имело положительный эффект. Радикальная операция ушивания перфоративного отверстия и последующая плановая санация брюшной полости дали хороший эффект и способствовали выздоровлению.

Таким образом, диагностика ПЯ желудка и двенадцатиперстной кишки имеет особенности. Частота этой патологии снижается, и врачи не всегда имеют необходимый практический опыт диагностики. Наибольшие диагностические затруднения возникают при нетипичных проявлениях ПЯ. Клиническая картина меняется при позднем обращении к врачу, перфорации язвы в замкнутые полости (полость сальниковой сумки, полость вокруг язвы, ограниченная спайками и др.), перфорации между брюшинными листками малого и большого сальника, в забрюшинную клетчатку.

ПЯ у молодых женщин, особенно при нетипичной клинической картине (как показано в нашем клиническом примере), может выдвинуть на 1-е место вторичные воспалительные изменения, вызванные распространением содержимого желудка. Более много-

численной стала группа пациентов с ПЯ пожилого возраста, в которой чаще наблюдаются запоздалая госпитализация и нетипичная клиническая картина.

Следует всегда помнить об одном из наиболее достоверных симптомов перфоративной язвы – внезапно появившейся боли в животе. Этот симптом можно выявить и при позднем поступлении пациента в процессе подробного анализа анамнеза.

Литература

1. Ермолов А.С., Смоляр А.Н., Шляховский И.А., Храменков М.Г. 20 лет неотложной хирургии органов брюшной полости в Москве. Хирургия. 2014; 5: 7–16.
2. Катанов Е.С., Вазанов А.А., Краузе О.В., Дмитриев Г.В. Особенности динамики осложненной гастродуоденальной язвы за десять лет. Реалии и перспективы современной гастроэнтерологии: материалы межрегиональной науч.-практ. конф. Чебоксары, 2007; 27–9.
3. Катанов Е.С., Федотов А.В., Кузикова С.А., Анюров С.А., Бедов С.А. Перфоративная пилородуоденальная язва у лиц молодого возраста. Актуальные вопросы педиатрии и детской хирургии: материалы Республиканской науч. – практ. конф. Под ред. В.А. Родионова. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та. 2017; 202–7.
4. Крылов Н.Н., Винничук Д.А. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды. Врач. 2012; 1: 15–20.

PROBLEMS OF THE EARLY DIAGNOSIS OF PERFORATED GASTRIC AND DUODENAL ULCER

Prof. E.S. Katanov, MD; S.A. Anyurov; E.M. Ermolaeva, Cand. Med. Sci.; S.M. Shurbakov; P.G. Egorov
I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary;
City Clinical Hospital One, Cheboksary

The paper provides information on perforated gastric and duodenal ulcer. Examples are given to show the complexity of diagnosis in the atypical clinical picture of perforated peptic ulcer.

Key words: perforated gastric and duodenal ulcer, morbidity, diagnosis.