

Хирургическое лечение больных в терминальном состоянии при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки

К.м.н. В.К. КОРИТЦЕВ, С.В. ДЕРГАЛЬ, А.А. КОЗЛОВ, И.В. АНТРОПОВ, Л.П. ГАРИН, О.И. КОЧЕТКОВ

Possibilities of the surgical treatment of patients with perforative duodenal ulcer, admittad in hospital in terminal state

V.K. KORITSEV, S.V. DERGAL, A.A. KOZLOV, I.V. ANTROPOV, L.P. GARIN, O.I. KOCHETKOV

Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова

Ключевые слова: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, терминальное состояние.

Key words: perforated ulcer of the duodenum, terminal state.

Введение

Лечение пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается актуальной проблемой современной медицины. Дело в том, что, несмотря на использование современных противоязвенных средств, зажившие язвы рецидивируют не менее чем у 32,6% больных. При этом хронические язвы осложняются у 12—30% больных пилородуоденальным стенозом и у 4—30% больных перфорацией [1—4].

При развитии указанных осложнений, особенно перфорации, единственным способом сохранения жизни пациента является хирургическое вмешательство.

Следует отметить и факт того, что чрезмерное упование только на консервативные методы лечения больных язвенной болезнью ДПК уже привело к снижению настороженности врачей первичного звена и терапевтических стационаров в отношении возможного развития указанных осложнений и, как следствие, к периодическому поступлению в хирургические стационары больных в терминальном состоянии. При этом, несмотря на тяжесть общего состояния, операция ушивания перфоративного отверстия у многих таких больных будет заведомо бесперспективной именно из-за уже развившихся осложнений перитонита.

В подтверждение данного тезиса приводим клиническое наблюдение.

Больной Д., 58 лет, переведен в экстренном порядке в ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова 05.08.10 из терапевтического стационара Самары. За 2 сут до перевода (03.08) у него возникли боли в грудной клетке и эпигастральной области. Диагноз инфаркта миокарда был исключен, но в течение 2 сут больному проводили антиангинальную терапию. На 3-и сутки общее состояние больного начало прогрессивно ухудшаться, развилась анурия, снизились показатели АД. Был поставлен диагноз панкреонекроза, больной переведен в дежурный хирургический стационар ГКБ №1.

При поступлении 05.08 в 21 ч общее состояние крайне тяжелое. Сопор. Больной вял, адинамичен. В легких везикулярное дыхание. Частота дыханий 28—30 в 1 мин. АД 60/0 мм рт.ст. Пульс 84 в 1 мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, на пальпацию живота во всех отделах больной не реагирует. Защитное напряжение мышц отсутствует, симптом Щеткина—Блумберга не вызывается. Анурия. Температура тела 37,8 °С. Анализы крови: Нb 150 г/л, эр.

4,38·10¹²/л, л. 10,9·10⁹/л, ю. 3%, п. 51%, с. 29%, лимф. 7%, мон. 10%. Биохимический анализ крови: мочевины 26,3 ммоль/л, креатинин 504,0 мкмоль/л, билирубин 8,1 мкмоль/л, α-амилаза 218 ед/л. Поставлен диагноз: инфекционно-токсический шок неясной этиологии. Острая почечная недостаточность, анурия. Больной помещен в отделение реанимации. После проведения интенсивной терапии в течение 8 ч состояние больного удалось стабилизировать. Он стал доступен для контакта. На фоне введения вазопрессоров АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 112 в 1 мин. При пальпации живота больной стал отмечать болезненность во всех отделах, появилось слабо выраженное защитное напряжение мышц. Диагноз: распространенный перитонит, инфекционно-токсический шок.

06.08 — операция: средняя срединная лапаротомия. В брюшной полости около 1 л гнойного выпота. На передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки располагается крупная язва с перфорационным отверстием диаметром 15 мм, определяется глубокая язва луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром около 7 мм, пенетрирующая в головку поджелудочной железы. Интраоперационный диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, перфорация язвы передней стенки и пенетрация язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки. Распространенный гнойный перитонит. Острая почечная недостаточность. Инфекционно-токсический шок.

С учетом наличия острой почечной недостаточности, что предполагало проведение сеансов гемодиализа в послеоперационном периоде, стал очевидным высокий риск развития кровотечения из язвы, пенетрирующей в поджелудочную железу. Поэтому, несмотря на наличие распространенного гнойного перитонита, больному была выполнена резекция 2/3 желудка по способу Бильрот-1, брюшная полость санирована с использованием аппарата «Гейзер» и дренирована 4 трубками в типичных точках. Операцию закончили формированием лапаростомы путем подшивания большого сальника к краям апоневроза с целью профилактики компартмент-синдрома. Наложены редкие швы на кожу.

07.08 — гемодиализ. Без осложнений.

09.08 — программированная санационная релапаротомия. С учетом явлений пареза кишечника сформирована илеостома, через которую выполнена интубация тонкой кишки. Вновь сформирована лапаростома. Наложены редкие швы на кожу.

10—14.08 больному были продолжены сеансы гемодиализа. Суточный диурез вплоть до 12.08 составлял 50—100 мл. Показатели биохимического анализа крови изменялись в следующих пре-

© Коллектив авторов, 2011

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2011

Khirurgiia (Mosk) 2011; 8: 87

ХИРУРГИЯ 8, 2011

443096 Самара, ул. Полевая, д. 80

87

делах: мочевины от 32,2 до 46,4 ммоль/л, креатинина от 371 до 598 мкмоль/л. 13.08 суточный диурез начал восстанавливаться и составил 700 мл, на следующие сутки диурез составил уже 1300 мл, 16.08 — 2100 мл.

16.08 больной был переведен в хирургическое отделение. 19.08: мочевины 12,0 ммоль/л, креатинина 129,0 мкмоль/л. Илеостома функционировала, при этом был самостоятельный стул естественным путем ежедневно. 22.08, на 16-е сутки после первой операции, больной отметил, что по каналу от ранее стоявшего дренажа в правом подреберье выделяется выпитая жидкость. Выполнена рентгеноскопия желудка. В горизонтальном положении больного выявлен затек контрастного вещества. Поставлен диагноз: несостоятельность гастродуоденоанастомоза. Потери по свищу в первые сутки составляли не более чем по 200 мл и еже-

дневно уменьшались. 02.09 было отмечено закрытие свищевого хода.

Рана заживала вторичным натяжением. Пациент начал набирать массу тела и на 46-е сутки был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

В плановом порядке 22.11 выполнено внебрюшинное закрытие илеостомы. Послеоперационный период протекал без особенностей. Больной выписан на 9-е сутки. Наступило выздоровление.

Таким образом, следует признать, что в современных условиях тяжесть состояния пациента не является показанием к ушиванию перфоративной язвы, операцию следует планировать и выполнять с учетом всех возможных осложнений ведения в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Кадиров К.М.* Хирургическое лечение и реабилитация больных с прободной пилородуоденальной язвой. Актуальные вопросы неотложной хирургической гастроэнтерологии. Всероссийская конференция с международным участием. Геленджик 2010; 38.
2. *Винник Ю.С., Аксиотенко А.Н., Сергеева Е.Ю. и др.* Отдаленные результаты радикальных органосохраняющих язв у больных пожилого и старческого возраста. Актуальные вопросы неотложной хирургической гастроэнтерологии. Всероссийская конференция с международным участием. Геленджик 2010; 41.
3. *Головин Р.А., Гостищев В.К., Евсеев М.А.* Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему. Рус мед журн 2005; 25: 11—14.
4. *Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А.* Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. Хирургия 2009; 3: 10—16.

Поступила 25.01.11