

# **ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО ПРИ НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ**

**КАПШИТАРЬ А. В.**

*доктор медицинских наук, профессор,  
профессор кафедры хирургии и анестезиологии  
факультета последипломного образования  
Запорожский государственный медицинский университет  
г. Запорожье, Украина*

Актуальность. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК), составляя 76-85% из всех перфоративных гастродуоденальных язв, является одним из тяжёлых и опасных для жизни осложнений язвенной болезни [6, с. 305; 8, с. 127; 9, с. 88; 10, с. 130]. Содержимое из двенадцатиперстной кишки (ДПК) может поступить в свободную брюшную полость, создавая яркую клиническую картину указанного осложнения и быстрое развитие гнойного перитонита [5, с. 506; 7, с. 154-155; 8, с. ; 10, с. 130]. Крайне редко встречается вариант перфорации хронической язвы задней стенки органа в забрюшинное пространство и составляет 1-2,5% из всех больных ПЯ ДПК [5, с. 511; 6, с. 307; 7, с. 155; 9, с. 91]. Как правило, при этом отсутствуют все важнейшие признаки острой перфорации: внезапное появление острой боли в животе, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, исчезновение печёночной тупости, типичный язвенный анамнез [5, с. 511; 9, с. 93; 10, с. 136]. Чаще всего ПЯ ДПК ошибочно принимают за острый аппендицит, острый холецистопанкреатит, непроходимость кишечника [1, с. 53; 7, с. 158]. Обычно хирург ставит диагноз острого панкреатита и проводит консервативное лечение, придерживаясь выжидательной тактики [4, с. 57]. В то же время в забрюшинной клетчатке прогрессирует патологический процесс, развивается и распространяется забрюшинная флегмона, вызывая тяжёлую интоксикацию. На этапе протекания гнойного экссудата в брюшную полость развивается перитонит и выкристаллизовываются показания к неотложной лапаротомии, которая является уже запоздалой, ухудшая результаты лечения. Вместе с тем разработаны и используются такие допол-

нительные методы исследования как обзорная рентгенография грудной и брюшной полости, проба De Veskey, пневмогастрография, пневмоманометрия, ФЭГДС, проба Хенельдта, диагностическая лапароскопия и эндовидеолапароскопия, призванные улучшить результаты диагностики ПЯ ДПК [1, с. 54-60; 2, с. 48-49; 4, с. 58-60; 5, с. 512; 6, с. 312-313; 10, с. 137].

Цель исследования: на клиническом примере показать закономерность изменения клинической картины при запоздалой диагностике в хирургической клинике перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки в забрюшинное пространство.

Материал и методы исследования.

За период с 2009 по 2018 годы в хирургическом отделении КНП «Городской больницы № 2», одном из баз кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, мы оперировали 113 пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Преобладали больные с ПЯ ДПК, 90 (79,7%) пациентов, из которых лишь у 1 (1,11%) больной была перфорация язвы в забрюшинное пространство. На основании личного опыта мы подтверждаем мнение других хирургов, что в ранние сроки заболевания поступление содержимого из двенадцатиперстной кишки в забрюшинное пространство представляет значительные трудности в диагностике ПЯ ДПК и лишь с течением времени, при распространении патологического процесса, сформировавшейся флегмоне забрюшинного пространства и пропотевании экссудата в брюшную полость развивается перитонит, дающий основания к выполнению неотложной лапаротомии. Однако в этих ситуациях хирург ошибочно предполагает иные острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Вместе с тем запоздалая операция ухудшает результаты лечения. Приводим клиническое наблюдение.

Больная О., 53 лет госпитализирована в хирургическую клинику с жалобами на боли тупого характера в подложечной области, тошноту, сухость во рту. Внезапно, 3 часа назад, впервые возникли интенсивные боли в подложечной области. Не лечилась. СМП с диагнозом острый панкреатит была транспортирована в клинику. Из вредных привычек отмечает курение. Общее состояние средней тяжести. Рост 168 см. Вес 83 кг. Температура тела 36,6° С. Пульс 90 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Живот при пальпации мягкий, болезненный

в подложечной области. Печёночная тупость сохранена. Притуплений в отлогих местах брюшной полости нет. Симптом Щёткина отрицательный. Перистальтика кишечника без особенностей. При пальцевом исследовании прямой кишки патологических изменений не выявлено. Симптом поколачивания в поясничных областях отрицательный. Стул и диурез не нарушены. Общий анализ крови:  $E_r$   $4,5 \times 10^{12}/л$ ,  $H_b$  138 г/л,  $L$   $10,0 \times 10^9/л$ . Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 8%, сегментоядерные 67%, лимфоциты 20%, моноциты 5%. СОЭ 5 мм/час. Диастаза мочи 256 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости патологических изменений не выявлено. ФЭГДС – отёк и гиперемия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Проба Хенельдта – повторная обзорная рентгенограмма брюшной полости после инсуффляции 500,0 мл воздуха в желудок не выявила патологических изменений. Диагноз при поступлении «Острый панкреатит». Проведена консервативная терапия согласно «Клінічним протоколам надання медичної допомоги (Хірургія)» [3, с. 57-58].

Результаты и их обсуждение.

Спустя 14 часов больная стала жаловаться на появление и усиление болей в правой подвздошной области, слабость, сухость во рту. Пульс 100 уд/мин. Температура тела  $37,5^{\circ}C$ . АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в подложечной области, а в правой подвздошной области он резко болезненный с умеренным напряжением брюшных мышц и положительным симптомом Щёткина. Перистальтика кишечника вялая. При повторном исследовании крови  $L$   $15,5 \times 10^9/л$ . Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 18%, сегментоядерные 61%, лимфоциты 16%, моноциты 5%. Диастаза мочи 64 ед. Диагностирован острый аппендицит. Больную решено оперировать. Лапаротомия в правой подвздошной области оперативным доступом Волковича-Мак-Бурнея под местной анестезией. В рану излилось небольшое количество мутного жёлтого выпота. Червеобразный отросток длиной 8 см, инъецирован сосудами, мягкий, розового цвета, расположен медиальнее от слепой кишки. Брюшина правого бокового канала гиперемирована желтого цвета, отёчная, с кровоизлияниями, выбухает в брюшную полость. Заподозрена перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. Больная переведена на внутривенную тотальную анестезию с ИВЛ. Верхняя срединная лапаротомия. Под печенью, в правом боковом канале, полости малого таза, меньше между петлями кишечника мутный

с примесью желчи экссудат с фибрином. Тонкий кишечник гиперемирован, равномерно умеренно увеличен в диаметре, в просвете газ и химус. Вокруг подковы двенадцатиперстной кишки отёк забрюшинной клетчатки, жёлтого цвета, крепитация при пальпации. Вскрыта сальниковая сумка через желудочно-ободочную связку – патологических изменений нет. Двенадцатиперстная кишка мобилизована по Кохеру. После этого диагностирована залуковичная (нисходящая часть ДПК) хроническая язва задней стенки двенадцатиперстной кишки диаметром 2,5 см с перфоративным отверстием диаметром 0,8 см, через которое изливается дуоденальное содержимое в забрюшинное пространство. Послеоперационный диагноз «Перфоративная залуковичная хроническая язва задней стенки (нисходящей части) двенадцатиперстной кишки в забрюшинное пространство. Забрюшинная флегмона. Разлитой желчно-фибринозный перитонит, токсическая стадия». Перфоративная язва ушита методом М.П. Островского. Выполнена назо-интестинальная интубация тонкого кишечника и назо-дуоденальная интубация, широкое дренирование и тампонирование зоны ушитой перфоративной язвы, вскрыта и дренирована правосторонняя забрюшинная флегмона, санирована и дренирована брюшная полость, боковые каналы и малый таз. Дальнейшее лечение и профилактика возможных осложнений проводилась в палате интенсивной терапии.

Послеоперационное течение тяжёлое. Динамическая кишечная непроходимость разрешена на 6 сутки, удалён назо-интестинальный зонд из тонкого кишечника. Тампоны из зоны ушитой язвы удалены на 8 сутки, перчаточные-трубчатые дренажи – на 10 сутки. Трубчатые дренажи из других отделов брюшной полости и малого таза удалены на 5 сутки, а дренажи из забрюшинной клетчатки – на 14 сутки. Край нагноившейся раны разведены после снятия швов, рана санирована антисептиками, дренирована и в дальнейшем зажила вторичным натяжением. Выписана на 26 сутки лечения.

У нашей больной в ранние сроки перфорации язвы задней стенки ДПК в забрюшинное пространство отсутствовали все важнейшие признаки острой перфорации: внезапное появление острой боли в животе, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, исчезновение печёночной тупости, типичный язвенный анамнез, как и по данным других авторов [5, с. 511; 9, с. 93; 10, с. 136]. Повышение диастазы мочи может иметь место и при перфорации, что подтверждает

наше наблюдение. Лишь прогрессирующее тяжёлое интоксикации и развитие перитонита помогли установить показания к неотложной лапаротомии, в процессе которой, и установлен диагноз. Тактика согласуется с мнением большинства хирургов [6, с. 315; 8, с. 128].

Выводы:

1. Среди пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки частота перфорации хронической язвы задней стенки органа в забрюшинное пространство составила 1,11%.

2. В ранние сроки перфорации в забрюшинное пространство клиническая картина соответствовала острому панкреатиту, а результаты дополнительных методов исследования были ложно-отрицательными. Диагностика перфорации в эти сроки оказалась невозможной.

3. Развитием забрюшинной флегмоны, тяжёлой интоксикации и гнойного перитонита спустя 14 часов явились показанием к лапаротомии.

#### **Использованная литература:**

1. Белый И.С. Ваготомия при прободных пилородуоденальных язвах / И.С. Белый, Р.Ш. Вахтангишвили. – К.: Здоров'я, 1984. – 160 с.
2. Капшитар О.В. Мінілапароскопічна технологія у пацієнтів з невідкладною хірургічною абдомінальною патологією – шлях оптимізації лікувальної тактики / О.В. Капшитар, О.О. Капшитар: Innovatine thechnology in medicine: experience of Poland and Ukraine: International research and practice conference: Conference Proceedings, April 28-29, 2017, Lublin, Republic of Poland. – С. 48–51.
3. Клінічні протоколи надання медичної допомоги (Хірургія): Нормативне виробничо-практичне видання. – К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ «Медінформ», 2013. – 240 с.
4. Лапароскопія у невідкладній хірургії та гінекології / В.В. Бойко, Ю.Б. Григоров, В.Г. Дуденко [та ін.]. – Харків: Торнадо, 2002. – 174 с.
5. Неотложная хирургия органов брюшной полости (клиническое руководство) / Под ред. П.Г. Кондратенко, В.И. Русина. – Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2013. – 720 с.
6. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. – М.: Триада-Х, 2005. – 640 с.
7. Скрипниченко Д.Ф. Неотложная хирургия брюшной полости / Д.Ф. Скрипниченко. – Киев: Здоров'я, 1986. – 350 с.

8. Хирургия. Том II / Под ред. Я.С. Березницкого, М.П. Захараша, В.Г. Мишалова. Пер. с укр. – Днепропетровск: РИА «Днепр-VAL», 2011. – 643 с.
9. Хирургия острого живота / Под ред. Г.И. Синенченко, А.А. Курыгина, С.Ф. Багненко. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2009. – 512 с.
10. Ургентная абдоминальная хирургия. Учебное пособие для студентов медицинских вузов, обучающихся на русском языке / Под ред. И.А. Криворучко, В.Н. Лесового. – Харьков: ООО «Щедрая усадьба плюс», 2015. 404 с.

## **НОВІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАННЯ ІНТЕРНІВ**

### **КИЛІВНИК В. С.**

*кандидат медичних наук,  
доцент кафедри медичної реабілітації  
та медико-соціальної експертизи*

### **РУДИЙ Ю. Й.**

*кандидат медичних наук,  
доцент кафедри медичної реабілітації  
та медико-соціальної експертизи  
Вінницький національний медичний університет  
імені М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна*

### **ЦВЕНЬ П. В.**

*академік Академії наук прикладної радіоелектроніки,  
головний лікар  
ДП «Клінічний санаторій «Авангард»  
ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»  
м. Немирів, Вінницька область, Україна*

В ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» функціонує філія кафедри медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи ВНМУ ім. М.І. Пирогова. З метою стимуляції в інтернів більшої зацікавленості до навчання та бажання самостійно здобувати знання, творчого їх застосування та розширення світогляду