

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

CLINICAL CASE OF PERFORATED PEPTIC ULCER



УДК 616.33

Стяжкина Светлана Николаевна, д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ;

Вьюжанина Анастасия Юрьевна, студентка 4 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ;

Шарипова Регина Айратовна, студентка 4 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Styazhkina S.N.

Vyuzhanina A.Y. vjuzhaninaa@yandex.ru

Sharipova R.A. regina.sharipova.99@list.ru

Аннотация

В данной статье проводится изучение и анализ клинического случая прикрытой перфорации язвы передней стенки пилорического отдела желудка на базе хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР». Язвенная болезнь одна из самых распространенных патологий в хирургической практике. Данная проблема неоспоримо актуальна в наши дни, так как ежегодно 4 миллионам пациентов выставляется данный диагноз [1]. Язвенная болезнь опасна своими осложнениями, одним из которых является перфорация – самое грозное осложнение, встречающееся у 12-14% пациентов [2,3]. В большинстве случаев,

данная патология встречается у мужчин, часть из которых лица трудоспособного возраста [4, 5].

Annotation

This article is devoted to the study and analysis of a clinical case of covered perforation of an ulcer of the anterior wall of the pyloric section of the stomach on the basis of the surgical department of the BUZ UR "First Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the UR". Peptic ulcer disease is one of the most common pathologies in surgical practice. This problem is really actual today, because this diagnosis has 4 million patients every year [1]. Peptic ulcer disease is dangerous for its complications, one of which is perforation - the most formidable complication that occurs in 12-14% of patients [2,3]. In most cases, this pathology occurs in men, some of whom are of working age [4, 5].

Ключевые слова: медицина, хирургия, абсцессы, язва, лечение.

Key words: medicine, surgery, abscesses, ulcer, treatment.

Цель: проанализировать клинический случай прикрытой перфорации язвы передней стенки пилорического отдела желудка.

Задачи: изучить анамнез, лабораторно-инструментальные данные и лечение пациентки с прикрытой перфоративной язвой передней стенки пилорического отдела желудка.

Выделяют 3 вида прободных язв – типичную (в свободную брюшную полость), атипичную (в сращения, спайки, между листками связок, в сальниковую сумку), прикрытую (прикрывается расположенным рядом органом – сальником, кишкой). Самая распространенная перфорация - в свободную брюшную полость, при ней развивается характерная клиническая картина. Диагностика не представляет сложностей, перфорация обнаруживается своевременно [6]. Другая ситуация обстоит с атипичной(прикрытой) перфоративной язвой, которая встречается в 9% случаев. Клиническая картина атипична, стёрта, в диагностике возникают сложности. Часто оказываются неэффективны такие ведущие

инструментальные методы диагностики, как ЭФГДС и обзорная рентгенография брюшной полости. По этой причине возможна ошибочная или несвоевременная постановка диагноза.

В данном клиническом случае оказалось невозможным заподозрить наличие перфоративной язвы у пациентки с помощью лабораторных и инструментальных методов, к тому же отсутствовала яркая характерная прободной язве клиническая картина. Прикрытая прободная язва была обнаружена при интраоперационной ревизии.

Материалы и методы

Анализ клинического случая по данному заболеванию на базе хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР»

Лабораторная диагностика: полный анализ крови, биохимический анализ крови, полный анализ мочи.

Визуальные методы диагностики: наиболее информативными методами являются УЗИ, КТ и МРТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Больная В. 1 ноября 2016 года госпитализирована в хирургическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» с жалобами на резкую постоянную боль в эпигастральной области и области правого подреберья; не иррадирует, сопровождается тошнотой, головокружением(периодически).

Анамнез болезни: считает себя больной с 25-26 октября 2016 года, когда впервые появилась резкая интенсивная боль в эпигастральной и правой подреберной областях. Связывала возникновение с обострением желчнокаменной болезни (около 2 лет назад обнаружены камни в желчном пузыре, по поводу чего проходила консервативное лечение с положительным эффектом). За медицинской помощью не обращалась. Для купирования принимала Но-шпу, Баралгин - без эффекта. 28.10.2016 обратилась в Шарканскую ЦРБ. Были проведены: УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ. Выставлен диагноз:

хронический калькулезный холецистит в стадии обострения. Сопутствующий диагноз: СД 2 типа, ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФКЗ, ишемическая КМГ, ГБ 3 степени тяжести, риск 4, ХСН 2А-2Б. Взята на стационарное лечение. Проводилось консервативное лечение: дротаверин, цефотаксим, папаверин, димедрол, платифиллин. 31.10.2016 в связи с отрицательной динамикой, несмотря на проводимую консервативную терапию, и наличием сопутствующей патологии была направлена на дальнейшее лечение в 1 РКБ для решения вопроса об оперативном лечении. Госпитализирована в хирургическое отделение 1 РКБ.

Анамнез жизни: родилась и живёт в с.Шаркан. В развитии от сверстников не отставала. Получила неполное среднее образование. На рабочем месте производственных вредностей не имела. Живёт в доме. Пищу принимает регулярно, разнообразную. Страдает сахарным диабетом 2 типа около 5 лет (принимает метформин), артериальной гипертонией. Гипертоническую болезнь, сахарный диабет, желчнокаменную болезнь у своих родственников отрицает.

Болезнь Боткина, гепатит В и С, туберкулёз, венерические заболевания отрицает. Контакт с туберкулёзными больными отрицает.

Перенесённые операции: 2 кесаревых сечения — 1976, 1978 гг. Переливаний плазмы и крови не было.

Вредные привычки: употребление алкогольных напитков редко; курение, употребление наркотиков отрицает.

Аллергические реакции на известные лекарственные препараты и пищевые продукты отсутствуют.

Обследование при поступлении в стационар.

Жалобы на боли в правом подреберье; тошноты, рвоты нет, стул белый. Общий осмотр: состояние средней степени тяжести. В сознании, адекватна. Кожа, склеры физиологической окраски. Повышенного питания. Лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 17 дых. движений в минуту. АД 140/90 мм рт.ст. Пульс 78

ударов в минуту. Язык суховат. Живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье. Синдромы Лепене, Ортнера положительные. В правом подреберье пальпируется инфильтрат 15x10 см, болезненный. Синдромы раздражения брюшины отрицательны. Перистальтика выслушивается. Синдром сотрясения отрицательный с 2 сторон.

Лабораторное исследование.

При лабораторных исследованиях выявлен нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ (ОАК от 28.10.2016 г.), гипергликемия (биохимический анализ крови от 28.10.2016 г.). Затем 01.11.2016 г. по общему анализу крови выявлен лейкоцитоз, моноцитоз; показатели биохимического анализа крови – в норме. Общий анализ мочи от 02.11.2016: протеинурия.

Инструментальное исследование.

УЗИ органов брюшной полости от 1.11.2016 г.: УЗИ признаки острого деструктивного холецистита с наличием конкремента в шейке желчного пузыря, околопузырного «выпота» с распространением на поддиафрагмальную поверхность и наличием отграниченного скопления жидкости преимущественно над левой долей печени, дистонии желчного пузыря, гепатоспленомегалии, умеренных диффузных изменений печени и поджелудочной железы.

Рентгенография органов грудной клетки от 31.10.2016: кардиомегалия, гиперволемика в МКК.

ЭКГ от 31.10.2016: ритм синусовый, правильный, положение ЭОС вертикальное.

На основании жалоб больной, наличии желчнокаменной болезни (около 2 лет) в анамнезе, объективных данных, лабораторных данных, данных инструментальных исследований выставлен диагноз: флегмонозный калькулёзный холецистит.

На операции обнаружено патологическое изменение стенки желудка: передняя стенка отёчна, инфильтрирована, бардового цвета. На передней

стенке пилорического отдела на расстоянии 0,5см от пилорического жома дефект серозно-мышечной оболочки округлой формы, размером 1,5х1,5см с неровными краями, в дне которого видна некротизированная слизистая серо-зелёного цвета. Описанные изменения соответствуют перфорации язвы желудка. Так же описан абсцесс (между передней поверхностью частично правой и левой долей печени: подтянутым желудком; медиальной стенкой желчного пузыря; и ограниченный спереди большим сальником); отмечены отёчность, гиперемия желчного пузыря с наличием инфильтративного процесса в области шейки. Таким образом у пациентки язвенная болезнь желудка - язва передней стенки пилорического отдела, осложнённая прикрытой перфорацией; при прободении произошло излитие желудочного содержимого в брюшную полость, что привело к развитию воспалительного процесса в прилежащих тканях с последующим присоединением инфекции.

Развился подпечёночный, поддиафрагмальный абсцесс, вторичный флегмонозный калькулёзный холецистит. Клинические признаки прободной язвы отсутствуют вследствие прикрытия перфорации; отмечаются клинические проявления холецистита.

Выставлен окончательный диагноз:

Основной: Язвенная болезнь желудка, язва передней стенки пилорического отдела желудка.

Осложнения: Прикрытая перфорация язвы; поддиафрагмальный, подпечёночный абсцесс; вторичный калькулёзный холецистит.

Сопутствующий: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, ГБ 3ст, р.4, ХСН IIА. Сахарный диабет II типа.

Предполагаемый объём операции: лапаротомия, холецистэктомия под ЭТН. Но так как в ходе операции установлено наличие прикрытой перфорации язвы передней стенки пилорического отдела желудка, поддиафрагмального, подпечёночного абсцесса, оперативный объем был расширен. Была проведена лапаротомия по Кохеру под ЭТН в правом подреберье, разделение инфильтрата, вскрытие абсцесса с эвакуацией 200мл серого гноя. Полость

абсцесса с плотными плёнками фибрина-удалены. Иссечение стенок язвы желудка электрокоагулятором, ушивание язвы. Холецистэктомия. Санация, дренирование брюшной полости.

Пациентке назначен 9 стол — стандартная диета с исключением легкоусвояемых углеводов.

Медикаментозное лечение в себя включало: ингибиторы протонной помпы (Омез 0,02 — по 1 таблетке 2 раза в день), антациды (Альмагель - по 1 дозировочной ложке 3 раза в день за 30 минут до еды), диуретики (Гипотиазид 0,025 — по 2 таблетки 1 раз в день), ингибиторы АПФ (Берлиприл 10мг — по 1 таблетке 2 раза в день).

Заключение: пациентка В. 67 лет находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении 1РКБ с 01.11.16 по 16.11.16 с диагнозом: Язвенная болезнь желудка, язва передней стенки пилорического отдела желудка, осложнённая прикрытой перфорацией. Поддиафрагмальный, подпечёчный абсцесс. Вторичный флегмонозный калькулёзный холецистит. 02.11.16 проведена операция - лапаротомия, разделение инфильтрата, вскрытие абсцесса, частичное абсцесса. Иссечение стенок язвы желудка, ушивание язвы. Холецистэктомия. Санация, дренирование брюшной полости.

Консервативное лечение: инфузионная терапия, даларгин, дротаверин, аспаркам, цефтриаксон, метрогил, нексиум, омез, альмагель.

Послеоперационный период без осложнений, рана зажила первичным натяжением. Пациентка направлена на долечивание по месту медицинского обслуживания.

Рекомендовано соблюдение диеты; лечение и диспансерный учёт у терапевта, кардиолога, эндокринолога по месту медицинского обслуживания; ограничение физической нагрузки, ношение бандажа 6 месяцев; в течение 14 дней: Омез — по 1 таблетке 2 раза в день, Альмагель - внутрь по 1 ложке 3 раза в день.

ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Пациентке с выставленным диагнозом флегмонозный калькулёзный холецистит, проведена операция, ходе которой была обнаружена язва передней стенки пилорического отдела желудка, осложнённая прикрытой перфорацией. Так же описан абсцесс (между передней поверхностью частично правой и левой долей печени: подтянутым желудком; медиальной стенкой желчного пузыря; и ограниченный спереди большим сальником). Выяснено, что при прободении произошло излитие желудочного содержимого в брюшную полость, что привело к развитию воспалительного процесса в прилежащих тканях с последующим присоединением инфекции, вследствие чего развился подпечёночный, поддиафрагмальный абсцесс, вторичный флегмонозный калькулёзный холецистит.

Операция и послеоперационный период прошли без осложнений, что при соблюдении рекомендаций, позволяет дать благоприятный прогноз для жизни. При регулярном контроле течения болезни, своевременной и адекватной терапии, соблюдении профилактических мероприятий прогноз по болезни благоприятный.

Литература

1. Thorsen K., Soreide J.A., Kvaloy J.T., Glomsaker T., Soreide K. Epidemiology of perforated peptic ulcer: Age- and gender-adjusted analysis of incidence and mortality. World J Gastroenterol 2013 21; 19(3): 347-354.
2. Bertleff MJ, Lange JF. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. Dig Surg 2010; 27:161–169.
3. Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. Digestion. 2011;84(2):102-113. <https://doi.org/10.1159/000323958>
4. Антонов, О. Н. Влияние способа хирургического лечения у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки на результаты в отдалённом периоде / О. Н. Антонов, Л. В. Александров, М.

- М. Негребова, А. В. Рыбальченко // Материалы III съезда хирургов юга России с международным участием : сб. науч. тр. – Астрахань, 2013. – С. 89–90.
5. Крылов Н., Винничук Д. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды.- Врач.- №1,2012,с. 15-20.
 6. Кузин, М. И. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 992 с. : ил. - 992 с. - ISBN 978-5-9704-4646-1. - Текст : электронный // URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970446461.html>

Literature

1. Thorsen K., Soreide J.A., Kvaloy J.T., Glomsaker T., Soreide K. Epidemiology of perforated peptic ulcer: Age- and gender-adjusted analysis of incidence and mortality. World J Gastroenterol 2013 21; 19(3): 347-354.
2. Bertleff MJ, Lange JF. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. Dig Surg 2010; 27:161–169.
3. Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. Digestion. 2011;84(2):102-113. <https://doi.org/10.1159/000323958>
4. Antonov, ON Effect of surgical treatment in patients with perforated gastric and duodenal ulcers on long-term results / ON Antonov, LV Aleksandrov, MM Negrebova, AV Rybalchenko // Proceedings of the III Congress of Surgeons of the South of Russia with International Participation: Sat. scientific. tr. - Astrakhan, 2013. - S. 89–90.
5. Krylov N., Vinnichuk D. Perforated ulcer: pathomorphosis, collisions and trends. - Doctor. - No. 1,2012, p. 15-20.
6. Kuzin, MI Surgical diseases: textbook / ed. M.I.Kuzina. - 4th ed. , revised and add. - Moscow: GEOTAR-Media, 2017 .-- 992 p. : ill. - 992 p. - ISBN 978-5-9704-4646-1. - Text: electronic // URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970446461.html>