

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ, НАХОДЯЩИЙСЯ В ОБЛАСТИ МАЛОЙ КРИВИЗНЫ ЖЕЛУДКА

Низамов А.Р.¹, Арсланова Л.Д.², Стяжкина С.Н.³

¹*Низамов Азат Рафисович - студент лечебного факультета Ижевской
государственной медицинской академии*

²*Арсланова Лейсан Дамировна - студентка лечебного факультета Ижевской
государственной медицинской академии*

³*Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор
кафедры факультетской хирургии Ижевской государственной медицинской
академии*

Ижевск, Российская Федерация

Аннотация: в статье продемонстрирован клинический пример перфорации язвы желудка пилорического отдела.

Ключевые слова: язвенная болезнь, осложнения язвенной болезни, перфоративная язва желудка.

A CLINICAL CASE OF ULCER PERFORATION LOCATED IN THE AREA OF SMALL CURVATURE OF THE STOMACH

Nizamov A.R.¹, Arslanova L.D.², Styazhkina S.N.³

¹*Nizamov Azat Rafisovich, student of the Medical Faculty of the Izhevsk State
Medical Academy*

²*Arslanova Leysan Damirovna, a student of the Medical Faculty of the Izhevsk State
Medical Academy*

³*Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the
Department of Faculty Surgery of the Izhevsk State Medical Academy
Izhevsk, Russian Federation*

Abstract: the article demonstrates a clinical example of perforation of a pyloric gastric ulcer.

Keywords: peptic ulcer disease, complications of peptic ulcer disease, perforated stomach ulcer.

УДК 617-089.844



Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки – хроническое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся наличием глубокого дефекта стенки желудка или 12 перстной кишки. Основным этиологическим фактором данного заболевания является агрессивное воздействие соляной кислоты на слизистую желудка. Повреждающее действие оказывается за счёт ослабления защитных свойств слизистой поверхности, возникшее действием бактерий *Helicobacter pylori*. Секретируемые бактериями ферменты такие как муциназа, липаза, протеаза воздействуют на слизь, растворяя её. Посредственно патологическое действие оказывает фермент бактерий – уреазы, расщепляющий мочевины с образованием аммиака, который в свою очередь раздражает слизистую вызывает воспаление и гибель клеток, усугубляя процесс развития язвы.

Средняя распространённость язвенной болезни составляет 7-10%. Чаще всего поражается малая кривизна желудка в пилорическом отделе. Одним из частых осложнений данного заболевания является перфорация, на долю которой приходится 10 % случаев.

Перфоративная язва – это возникновение сквозного дефекта стенки желудка, двенадцатиперстной кишки или области гастроеюнального анастомоза в центре хронической или острой язвы, который открывается в свободную брюшную полость, сальниковую сумку, забрюшинное пространство [1].

Заболеваемость перфоративной язвой среди взрослого населения составляет 1,5-2 на 10000 человек. Частота возникновения язвы с прободением составляет 5-10% по отношению ко всем случаям язвенной болезни. Данное осложнение встречается с частотой 15% среди случаев развития осложнений гастродуоденальной язвы. Перфоративная язва встречается у мужчин в 10-20 раз чаще, чем у женщин [1].

Клиническая классификация В. С., Савельева, 2005 [2]:
по этиологии:

- перфорация хронической язвы;
- перфорация острой язвы (гормональной, стрессовой и др.);



по локализации:

- язвы желудка (малой и большой кривизны, передней и задней стенки в антральном, препилорическом, пилорическом, кардиальном отделе, в теле желудка);

- язвы двенадцатиперстной кишки (бульбарные, постбульбарные);

по клинической форме:

- перфорация в свободную брюшную полость (типичная, прикрытая);
- атипичная перфорация (в сальниковую сумку, малый или большой сальник – между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость);

- сочетание перфорации с кровотечением в желудочно-кишечный тракт;

по фазе перитонита (по клиническим периодам):

- фаза химического перитонита (период первичного шока);
- фаза бактериального перитонита и синдрома системной воспалительной реакции (период мнимого благополучия);
- фаза разлитого гнойного перитонита (период тяжелого абдоминального) сепсиса.

В клиническом течении перфорации условно выделяют три периода: первый — период внезапных острых болей, второй — период "мнимого благополучия", третий — период диффузного перитонита [3]. При перфорации в эпигастральной области внезапно возникает резкая постоянная "кинжальная" боль. Нервные рецепторы истощаются, однако боль не уменьшается, состояние больного стабилизируется, и наступает непродолжительный период мнимого благополучия. Далее быстро начинает развиваться диффузный перитонит.

Операцией выбора при прободении язвы в большинстве лечебных учреждений является ушивание перфоративного отверстия, как наиболее простое и доступное широкому кругу хирургов оперативное пособие. Однако отдаленные результаты такой операции желают быть много лучше [4, с.23].



Цель работы: проанализировать и оценить динамику проводимого лечения за время госпитализации, исхода оперативного вмешательства у пациента с диагнозом: перфорация полого органа, распространённый перитонит

Материалы и методы исследования: история болезни пациента за 2020 год, в которой были изучены диагностика, методы лечения.

Результаты исследования:

Клинический случай: Пациент К., 58 лет

Место жительства: Завьяловский район, Удмуртская республика

Дата поступления в стационар: 27.11.2020

Диагноз клинический: язвенная болезнь желудка. Гигантская хроническая язва пилорического отдела желудка с прободением.

Поступил с жалобами на выраженные боли по всему животу, особенно в эпигастрии. В течение нескольких дней чёрный стул.

Анамнез болезни: Язвенный анамнез отрицает. Две недели назад проходил лечение по поводу рожистого воспаления правой голени, принимал кетопрофен. В течение нескольких дней отмечает чёрный стул, ноющие боли в эпигастрии. За день до поступления болевой синдром в животе усилился, на следующий день интенсивность боли возросла, в связи с чем вызвал СМП и доставлен в дежурную хирургию 1 РКБ.

Вредные привычки: Не имеет.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, гипертоническая болезнь, рожистое воспаление правой голени 2 недели назад.

В ходе общего осмотра: Состояние ближе к тяжелому. Сознание ясное. Положение вынужденное, пациент не может лечь на спину, из-за выраженного болевого синдрома, находится в положении сидя или лёжа на боку. Кожные покровы бледные; холодный липкий пот. Дыхание в лёгких везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. Тоны сердца ритмичные. АД 150/90 мм.рт.ст., ЧСС 110 уд./мин., ЧДД 22 в мин. Живот увеличен в размерах за счёт ПЖК и вздутия, напряжён во всех отделах, особенно выраженная болезненность в эпигастрии. Положительные симптомы Спигарова



и Кларка. Симптомы раздражения брюшины положительны во всех отделах. Перистальтика крайне вялая. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отёков нет.

Для верификации диагноза было выполнено:

Рентгенография брюшной полости – свободный газ в брюшной полости.

УЗИ органов брюшной полости – подпечёчно отграниченное скопление жидкости неправильной формы

Полный анализ крови от 27.11.2020

WBC - $11,1 \cdot 10^9/\text{л}$

RBC - $5,15 \cdot 10^{12}/\text{л}$

HGB - 164г/л

PLT - $263 \cdot 10^9/\text{л}$

Биохимический анализ крови от 27.11.2020.

Мочевина - 6,9 ммоль/л

Креатинин - 82,0 мкмоль /л

Билирубин общий - 21,8 мкмоль/л

Билирубин прямой - 4,2 мкмоль/л

Билирубин непрямой - 17,6 мкмоль/л

АСТ - 15,6 Ед/л

АЛТ - 22,0 Ед/л

ПВ - 11,7 сек

АЧТВ - 29,1 сек

Фибриноген - 4,3 г/л

МНО - 1,19

Протокол операции от 27.11.2020

Операция была проведена по поводу ушивания язвы желудка. Произведена лапаротомия, санация и ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Вид



операции: экстренная. Радикальная. Протокол операции: Под ЭТН выполнена верхняя срединная лапаротомия. В брюшной полости большое количество фибрина, гнойного экссудата практически во всех отделах брюшной полости. Экссудат из брюшной полости взят на посев. Удалён электроаспиратором. При ревизии в области передней стенки пилорического отдела желудка перфоративное отверстие 2-х см в диаметре, по малой кривизне, переходящей на заднюю стенку пилорического канала. Края язвы с воспалительным инфильтратом, при прошивании прорезаются нитками. С техническими трудностями язва ушита отдельными узловыми швами в поперечном направлении относительно оси органа. Линия швов дополнительно герметизирована прядью большого сальника, все отделы брюшной полости промыты физ. раствором до чистых вод. В брюшную полость введён раствор диоксида. Брюшная полость дренирована 3-мя ПВХ-дренажами в диаметре 1 см. Один дренаж установлен подпечёчно, второй в малый таз (выведены через контрапертуры справа), левый дренаж установлен по левому боковому каналу. При дальнейшей ревизии брюшной полости другой патологии не выявлено. Контроль гемостаза- сухо. Послойно швы на рану, наложена спиртовая повязка асептическая.

Полный анализ крови от 28.11.2020

WBC - $12,0 \cdot 10^9/\text{л}$

RBC - $4,37 \cdot 10^{12}/\text{л}$

HGb - 141 г/л

HCT - 43,1%

Биохимический анализ крови 28.11.2020

Мочевина - 8,7 ммоль/л

Креатинин - 75,0 мкмоль /л

Билирубин общий - 28,5 мкмоль/л

Билирубин прямой - 5,7 мкмоль/л

Билирубин непрямой - 22,8 мкмоль/л



ПВ -11,6 секунд
АЧТВ - 42,5 секунд
Фибриноген - 4,85 г/л
МНО - 1,0

Протокол операции от 29.11.2020

В связи с наличием клиники несостоятельности швов на ушитой перфоративной язве желудка была произведена повторная экстренная радикальная операция: под ЭТН сняты швы с лапаротомной раны. В брюшной полости обнаружено незначительное количество серозного экссудата, желчь в небольшом количестве подпеченочно. При дальнейшей ревизии выявлена несостоятельность швов в средней трети ушитой язвы по передней стенке пилорического канала желудка, повлёкшая за собой кровотечение. Были сняты швы с ушитой язвы, иссечены края язвы по 0,5 см с каждой стороны. После иссечения краев язвы размерами 5x4 см по передней верхней с переходами на заднюю стенку ($\frac{1}{2}$ окружности пилорического канала) ушита в поперечном направлении к оси органа двурядным швом. Так же были произведены: санация брюшной полости физ.раствором, редренирование подпеченочного пространства. Кровотечение не наблюдается, рана ушита послойно, наложена спиртовая асептическая повязка. Иссеченные края язвы отправлены на гистологию.

Биохимический анализ крови 29.11.2020

Мочевина - 8,1 ммоль/л
Креатинин - 85,5 мкмоль /л
Билирубин общий - 21,2 мкмоль/л
Билирубин прямой - 6,0 мкмоль/л
Билирубин непрямой -15,2 мкмоль/л
АСТ - 11,3 Ед/л
АЛТ - 17,1 Ед/л

Полный анализ крови от 03.12.2020



WBC - $8,35 \cdot 10^9/\text{л}$

RBC - $4,14 \cdot 10^{12}/\text{л}$

HGB - 129,0 г/л

HCT - 39,8%

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение в

ЛПУ по месту жительства.

Рекомендации при выписке:

Диета

Ограничение физической нагрузки 6 месяцев, бандаж 6 месяцев.

Наблюдения хирурга поликлиники

Снять швы в поликлинике по месту медицинского обслуживания

Консультация гастроэнтеролога амбулаторно

Вывод :

Как показал клинический случай, данное заболевание имеет серьезные осложнения и трудоёмкое лечение; во многих случаях при несвоевременном диагностировании и позднем лечении приводящее к летальному исходу.

Список литературы

1. Клинические протоколы МЗ РК. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. – 2015 г.
2. В.С. Савельев. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. // В.С. Савельев. – М., Издательство «Триада-Х». 2005 г- 640 с. 4.
3. М.И. Кузин. Хирургические болезни: Учебник. // М.И. Кузин, О.С. Шкроб, Н.М. Кузин и др. – М. Медицина, 2002 г. –с 303
4. В.В. Проничев. Язвенная болезнь. Учебное пособие. ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия // В.В. Проничев, М.Н. Климентов, С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников, М.В. Варганов, А.В. Леднева. -2017 г- с.4

