

А. С. Жданович, Ю. С. Воццо
ОСТРЫЕ ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ ТОНКОЙ КИШКИ
Научный руководитель канд. мед. наук, ассист. А. В. Жура,
2-ая кафедра хирургических болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Минск

Резюме. В работе отражены результаты анализа историй болезни 18 пациентов с диагнозом перфоративные язвы тонкой кишки, первичные и вторичные по происхождению. Были

установлены фоновые и сопутствующие заболевания, а также прямая зависимость между назоинтестинальной интубацией тонкого кишечника в послеоперационном периоде и возникновением вторичных язв.

Ключевые слова: язва, тонкая кишка, перитонит, перфорация.

Resume. The paper presents the results of the analysis of case histories of 18 patients with a diagnosis of perforated ulcer of the small intestine, the primary and secondary origin. It was established background and concomitant diseases, as well as a direct correlation between nazointestinalnyh intubation of the small intestine in the postoperative period and the emergence of secondary ulcers.

Keywords: ulcer, small intestine, peritonitis, perforation.

Актуальность. Пациенты с неспецифическими язвами тонкого кишечника редки. Литературные источники свидетельствуют о трудности диагностики неспецифических язв тонкой кишки до операции, так как почти все случаи выявляются во время операции или при аутопсии. Многие тематические доклады о неспецифических язвах тонкого кишечника были представлены до 1990 года, но только ограниченное количество исследований после этого. Новых сведений на счет неспецифических язв тонкого кишечника еще недостаточно. Особенности неспецифических язв тонкой кишки полностью еще не выяснены, и до сих пор неясно, будет ли неспецифическая язва кишечника представлять собой клинический объект.

Цель: Изучить основные этиологические факторы, особенности диагностики и результаты лечения острых перфоративных язв тонкой кишки.

Задачи:

1. Определить возможные этиологические факторы влияющие на формирование острых язв тонкой кишки и их перфорацию.
2. Определить основные симптомы перфоративных язв тонкой кишки и основные методы их диагностики.
3. Сравнить различные методы оперативного лечения перфоративных язв тонкой кишки и их эффективности.

Материал и методы. Проведен анализ историй пациентов с перфоративными язвами тонкой кишки, пролеченные на базе УЗ ГКБСМП г. Минска за 2009-2014 годы.

Всего найдено 18 пациентов:

- Мужчин – 13;
- Женщин – 5.
- Средний возраст составил 59,2 года.
- Длительность лечения была от 1 до 90 дней.

Средняя продолжительность госпитализации составила 24 дня.

Результаты и их обсуждение. По этиологическим факторам пациенты были разделены на две основные группы:

1. Больные, изначально поступившие с перфоративной язвой тонкой кишки. Были условно названы нами как «первичная язва».

2. Пациенты, оперированные по поводу другой острой хирургической патологии, у которых перфоративная язва тонкой кишки развилась в послеоперационном периоде – «вторичная язва».

Всего было 7 пациентов с «первичными язвами». У пациентов этой группы в большинстве случаев (у 5 пациентов) отмечены хронические заболевания, которые могли быть причиной возникновения острых язв:

- Генерализованный атеросклероз (2 случая), доказанный наличием ИБС, инфаркта миокарда в анамнезе;
- Эндометриоз – 1;
- Неходжкинская лимфома – 1;
- Рак матки – 1;
- Также у двух пациентов причину появления острых язв установить не удалось.

Пациенты с «вторичными язвами» изначально поступали с разной хирургической патологией, были оперированы и в послеоперационном периоде у них развивалась острая перфоративная язва тонкой кишки – 11 больных.

Основные заболевания при поступлении:

- Острая кишечная непроходимость у 6 из 11 (64%):
 - Спаечная – 5;
 - Обтурационная – 2.
- Перитонит – у 5 больных (36%), причины:
 - 3-х суточная прободная язва – 1;
 - перфорация сигмовидной кишки – 1;
 - распад фибромиомы матки – 1;
 - межкишечные абсцессы – 1.

Кроме того, у трех пациентов этой группы в анамнезе также были и хронические заболевания, которых могли способствовать возникновению перфоративных язв тонкой кишки:

- Внечендулярная форма лимфомы Ходжкина – 1;
- В-клеточная лимфома – 1;
- рак ободочной кишки – 1.

Оперативное вмешательство по поводу основной патологии, как правило, выполнялось в день поступления, реже на 2-ой (2 случая) и на 3-ий день (1 случай). Это говорит о том, что патология приведшая к возникновению острой перфоративной язвы тонкой кишки была выраженная и в некоторых случаях запущена вследствие позднего поступления.

Виды оперативных вмешательств по поводу основного заболевания у этой группы пациентов:

- Адгезиолизис – 2 случая;
- Резекция кишки с формированием анастомоза – 1 случай;

- Выведение петлевой сигмостомы – 1 случай;
- Адгезиолизис с назоинтестинальной интубацией тонкой кишки – 7 случаев.

Таким образом, прослеживается четкая тенденция влияния НИИТК на вероятность возникновения острых перфоративных язв тонкой кишки в послеоперационном периоде.

Диагностика. Всем пациентам с первичными язвами диагноз перфоративной язвы тонкой кишки до хирургического вмешательства установлен не был, а явился интраоперационной находкой. В большинстве случаев диагноз до операции были острая кишечная непроходимость и перитонит. Ни у одного пациента свободного газа в брюшной полости до операции выявлено не было.

В случае вторичных язв диагноз уже мог быть предположен по появлению кишечного отделяемого по дренажам, однако в большинстве случаев диагноз до операции звучал как «послеоперационный перитонит».

Лечение. Лечение было только оперативное, при этом 4 пациентам понадобилось 2 и более операции. Всего 18 пациентам выполнено 23 операции.

При анализе 4 пациентов с множественными операциями было установлено, что у всех у них язвы были «вторичными» и в двух случаях протекали на фоне заболевания системы крови (вненодулярная форма лимфомы Ходжкина и В-клеточная лимфома). Проводилось от 2 до 3 операций по поводу перфоративных язв тонкой кишки в разных вариантах: резекция кишки, ушивание язв, выведение энтеростомы. Трое из четверых пациентов, которые оперировались несколько раз, умерли. У единственной выжившей больной с перфоративной острой язвой тонкой кишки на фоне перитонита вследствие распада фибромиомы матки, последовательность операций была следующая: резекция тонкой кишки с формированием анастомоза, ререзекция с формированием стомы типа Майдля.

Остальным 14 пациентам было достаточно выполнение одной операции по поводу перфоративной язвы тонкой кишки:

- Резекция тонкой кишки с перфоративной язвой и формированием анастомоза – 8. В этой группе умерло 2 пациента;
- Ушивание перфоративной язвы 6 (в том числе с НИИТК – 2 и с выведением петлевой энтеростомы – 2). В этой группе 1 умерший, и в одном случае наблюдалась несостоятельность ушивания и формирование кишечного свища.

По указанным данным достоверного влияния способа операции на исход выявлено не было.

Всего умерло 6 из 18 пациентов, что составило летальность около 33%. При этом, если среди 7 пациентов с «первичными» язвами был всего один летальный исход, то в случае 11 «вторичных» язв летальность составила порядка 45% (5 случаев).

У половины пациентов с неблагоприятным исходом острые язвы тонкой кишки возникали на фоне заболевания системы крови (вненодулярная форма

лимфомы Ходжкина, В-клеточная лимфома, неходжинская лимфома) и у одного рак толстой кишки.

Выводы:

1. Острые перфоративные язвы тонкой кишки являются актуальной проблемой хирургии, показывая высокую летальность, тяжесть течения и трудности в диагностике.

2. Среди основных причин, способствующих возникновению острых перфоративных язв тонкой кишки можно выделить некоторые хронические заболевания (заболевания системы крови – лимфомы, генерализованный атеросклероз, рак).

3. Среди острых хирургических заболеваний «вторичные» острые язвы наиболее часто осложняют течение запущенной острой кишечной непроходимости, особенно спаечной, и в некоторых случаях перитонит различной этиологии. При этом летальность достигает 45%.

4. Возможным фактором, способствующим образованию перфоративных язв тонкой кишки, является применение в хирургическом лечении назоинтестинальной интубации тонкой кишки.

5. В большей мере на исход хирургического лечения повлиял не сколько выбор метода оперативного лечения (резекция, ушивание, формирование стомы), а наличие сопутствующей патологии, на фоне которой развивается перфорация острой язвы тонкой кишки – лимфомы, рак кишечника.

A. S. Zhdanovich, J. S. Voscilo

ACUTE INTESTINAL PERFORATED ULCER

Tutor Assistant A. V. Jura

2nd department of surgical diseases,

Belarusian State Medical University, Minsk

HCF "Municipal Clinical Emergency Hospital", Minsk

Литература

1. Kozlov, R. K. Improvement of diagnostics and optimization of surgical tactics in patients with postoperative intraabdominal complications (experimentally-clinical investigation): Autoref. diss... of cand. of med. science. Kazan. – 2007. – 43 p.

2. Guldvog, I. Stress ulceration: possible pathogenic mechanisms / I. Guldvog // Scand. J. Gastroenterol. – 1984. – №8. – P. 39-45.

3. Fennerty, M. B. Pathophysiology of the upper gastrointestinal tract in the critically ill patient . Rationale for therapeutic benefits of acid suppression / M. B. Fennerty // Care. Med. – 2002. – №5. – P. 94-97.