

К.А. Говор

**АТИПИЧНАЯ НЕВРАЛГИЯ-ПОДОБНАЯ СИМПТОМАТИКА
ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙКИШКИ**

Научный руководитель: ассист. С.А. Климук

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

K.A. Govor

**ATYPICAL NEURALGIA-LIKE PRESENTATION OF PERFORATIVE
GASTRIC AND DUODENAL ULCER**

Tutor: assistant S.A. Klimuk

Department of General Surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Одним из основных осложнений язвы желудка и 12-перстной кишки (ДПК) является перфорация стенки органа, которая даёт весьма специфическую клиническую картину, однако перфорация внебрюшинных отделов приводит к выходу содержимого органа вне брюшной полости, что может отражаться атипичной невралгия-подобной клинической картиной, а именно болями в спине. Из 85 человек, прооперированных в УЗ «5-я городская клиническая больница» г.Минска с диагнозом перфоративной язвы атипичная презентация отмечалась у троих. При этом не было выявлено факторов, влияющих на возникновение внебрюшинного прободения язвы. Атипичная клиника увеличивает время постановки диагноза, что повышает риск послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: язва, перфорация, послеоперационная летальность, атипичная картина, неврологическая симптоматика

Resume. Perforation is one of the main complications of gastric and duodenal ulcers with a very specific clinical presentation, however, extraperitoneal perforation leads to the leak of the gastric contents outside peritoneal sac, which may be reflected in an atypical neuralgia-like clinical presentation, namely, back pain. As many as 85 patients underwent surgery on the 5th city clinical hospital of Minsk, and only 3 of them had that atypical neuralgia-like clinical presentation. No factors affecting the occurrence of extraperitoneal ulcer perforation were identified, however, this atypical presentation increases the time to diagnosis, which increases the risk of postoperative complications.

Keywords: ulcer, perforation, postoperative mortality, atypical picture, neurological symptoms.

Актуальность. Несмотря на успехи фармакотерапии, открытие блокаторов протонной помпы и общедоступность фиброоптических методов исследования, осложненная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки продолжает оставаться одной из основных острых хирургических патологий. Осложнение в виде перфорации встречается в 2-10% случаев хронического течения язвенной болезни. Послеоперационная летальность при прободной язве колеблется от 1,3% до 20 %, а при поступлении в стационар позже 24 часов, показатель может возрасти до 45% [1]. В целом клиническая картина прободной язвы состоит из внезапно начавшейся «кинжальной» боли в эпигастрии и пневмоперитонеума на обзорной рентгенографии органов брюшной полости. При этом наличие язвенного анамнеза позволяет быстро и с минимальными дополнительными обследованиями поставить правильный диагноз. Тем не менее, атипичные и прикрытые перфорации могут оказаться поисковой

задачей как для дежурной хирургической бригады, так и для врачей терапевтического профиля. Возможность пропустить активную язву, спутав её клинические проявления с неврологической симптоматикой и усугубив перфорацией за счет назначения ulcerогенных препаратов по поводу «неврологической патологии», создаёт высокие риски неблагоприятного исхода для пациентов

Цель: оценить частоту и определить характерные особенности атипичного невралгия-подобного течения прободной язвы желудка и ДПК.

Задачи:

1. сформировать представление о типичной клинической картине перфоративной язвы желудка и ДПК на фоне широко распространенной терапии H2-блокаторами в современной хирургической практике.

2. оценить факторы риска атипичной клинической картины перфорации язвы желудка и ДПК.

3. оценить влияние атипичной презентации на своевременность выполнения вмешательства, послеоперационные осложнения и выживаемость пациентов.

Материалы и методы. На базе «УЗ 5 ГКБ г. Минска» было проведено ретроспективное простое (несравнительное) исследование. Среди пациентов, поступивших на стационарное лечение с января 2020 года по январь 2023 года в экстренном порядке, путем поискового запроса в базе данных АИС «Клиника» были отобраны пациенты, прооперированные на желудке и ДПК по поводу перфорации язвы желудка и ДПК. Всего таких пациентов оказалось 85 человек. После первичного анализа анамнестических данных (изучение данных осмотров в приемном покое при поступлении и/или данных осмотров в первом отделении стационара) среди популяции пациентов с прободной язвой выделялись те, кто предположительно или достоверно имел атипичную клиническую картину, по этой причине были доставленные первично в приемный покой неврологии с жалобами на боли в спине/грудной клетки также пациенты, первично доставленные в приемный покой хирургии и дополнительно осмотренные неврологом ввиду жалоб на боли в спине, наряду с болями в животе или при отсутствии таковых.

У каждого из пациентов учитывали и оценивали: пол, возраст, локализацию перфорации язвы, клиническую картину, проведенную хирургическую операцию, исход, сопутствующие заболевания (с расчётом индекса коморбидности по Charlson). Данные обрабатывали в программе EXCEL.

Результаты и их обсуждение. Общая выборка из 85 пациентов на 35,3% состояла из женщин, на 64,7% из мужчин. Большая часть пациентов относилась к возрасту 52,5 лет. В зависимости от локализации язвы преобладали прободные язвы луковицы ДПК – 59 человек (69,4%) (Табл.1). Большинство пациентов в обеих половых группах выжили. Послеоперационная летальность составила 17,6%, в большой степени за счет присоединения COVID-19- инфекции и утяжеления сопутствующей патологии: индекс коморбидности по Charlson среди выживших составил 1,5, а среди умерших – 8,9 (Табл.2). Изучение анамнестических данных истории болезни показало, что большая часть пациентов, а именно 82 человека (96,4%), имела типичную клинику язвенной болезни желудка и ДПК, осложненную перфорацией. Оставшиеся трое пациентов (3,6%) отмечали наличие выраженной боли в области поясницы и незначительной

боли в эпигастральной области, что можно отнести к атипичной клинической картине перфорации [3] (Табл.3).

Табл. 1. Распределение всех пациентов из выборки по полу, возрасту, локализации язвы, исходу

Параметр	Женщины – 30 человек (35,3%)	Мужчины – 55 человек (64,7%)	Все 85 человек (100%)
Полных лет	34-94 лет	19-79 лет	19-94 года
Средний возраст	60 лет	45 лет	52,5 лет
Минимальный возраст	34 года	19 лет	19 лет
Максимальный возраст	94 года	79 лет	94 года
Локализация			
Желудок (n, %)	5 (16,6%)	21 (38,2%)	26 (30,6%)
ДПК (n, %)	25 (83,3%)	34 (61,8%)	59 (69,4%)
Исход			
Выжил (n, %)	20 (66,7%)	50 (90,9%)	70 (82,3%)
Умер (n, %)	10 (33,3%)	5 (9,09%)	15 (17,6%)

Табл. 2. Значение индекса коморбидности у всех пациентов, включая зависимость от пола и исхода заболевания [2].

Среднее значение на группу	Выжившие	Умершие
Средний в группе	1,5	8,9
Среди женщин	Максимальный – 10	Максимальный – 13
	Минимальный – 1	Минимальный – 7
	Средний – 4,3	Средний – 10,1
Среди мужчин	Максимальный – 8	Максимальный – 10
	Минимальный – 4	Минимальный – 2
	Средний – 5,7	Средний – 6,4

Табл. 3. Распределение всех пациентов по локализации и анамнезу язвенной болезни

параметр	острая		хроническая		Всего
Язва желудка	23 человека		3 человека		
пол	женщины	мужчины	женщины	Мужчины	
	5	18	-	3	
Язва ДПК	40 человек		19 человек		59 человек
пол	женщины	мужчины	женщины	мужчины	
	20	20	5	14	
Всего	63 случая (74,1%)		22 случая (25,9%)		

Большинство пациентов были прооперированы лапаротомным доступом – 80 человек (94,1%), лапароскопически – 15 (17,6%). Никто из оперированных лапароскопически, не умер (Рис.1).

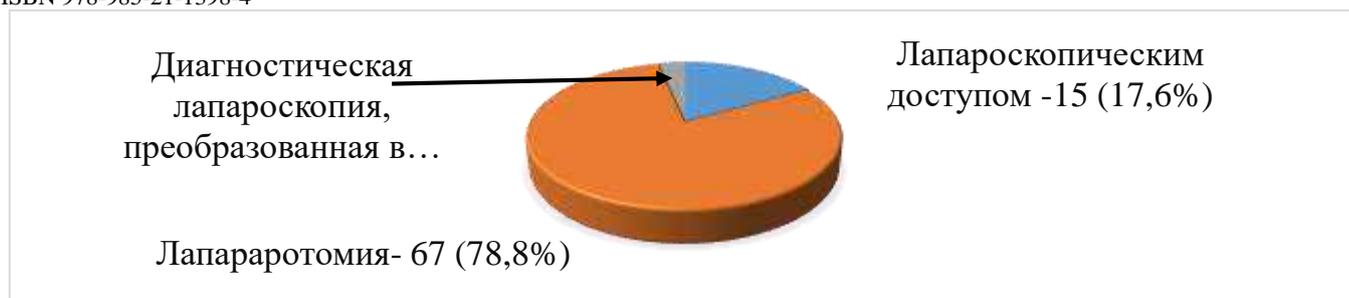


Рис. 1 – Распределение операций по виду доступа среди всех пациентов

Среди выполненных оперативных вмешательств преобладали простые ушивания – 68 манипуляций (80%). Резекции желудка не выполнялись (Рис.2).

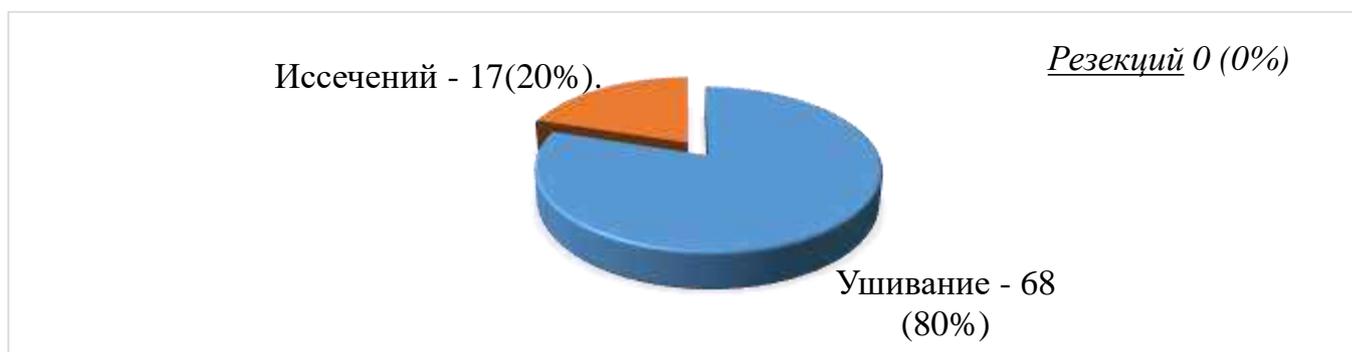


Рис. 2 – Распределение операций по виду манипуляции среди всех пациентов

Описание клинических случаев:

Пациентка ТНМ, 43 лет, была доставлена в приемное отделение УЗ «5я городская клиническая больница» г.Минска в экстренном порядке. Предъявляла жалобы на появление резкой боли в спине, была осмотрена дежурным-неврологом. Заподозрена перфорация язвы. После осмотра хирургом предварительный диагноз – «прободение язвы ДПК». Согласно протоколу проведён ряд инструментальных исследований, в том числе обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости (ОГК и ОБП) – установлено наличие пневмоперитонеума. Далее была произведена операция: верхнесрединная лапаротомия, иссечение язвы ДПК, пилоропластика по Джадду. Послеоперационный период протекал без осложнений. Сопутствующих заболеваний не имеет. Индекс коморбидности 0.

Пациент СДГ, 35 лет, в экстренном порядке был доставлен в приёмное отделение УЗ «5ГКБ» с жалобами на боль в поясничной области. После осмотра дежурным врачом заподозрена прободная язва ДПК. На ультразвуковом исследовании (УЗИ) ОБП и почек установлено наличие жидкости в брюшной полости и малом тазу, на обзорной рентгенографии ОБП выявлено наличие пневмоперитонеума. Выполнена хирургическая операция: лапаротомия, ушивание прободной язвы желудка. Послеоперационный период протекал без осложнений. Сопутствующих заболеваний не имел. Индекс коморбидности 0.

Пациентка МТВ, 35 лет. Накануне госпитализации пациентка в течение недели дважды обращалась в приемное отделение, осматривалась дежурными врачами неврологического и хирургического профиля по причине наличия боли в спине.

Ввиду преимущественно жалоб на боли в спине и отсутствия иных признаков хирургической патологии, наличия ряда сопутствующих заболеваний неврологического профиля состояние было расценено как вертеброгенная люмбагия; были назначены нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Однако немного позже была госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе. На УЗИ ОБП и почек было установлено наличие свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу. Выполнена лапаротомия, ушивание перфоративной язвы ДПК. Послеоперационный период осложнился проявлениями сепсиса, септического шока. На фоне антибиотикотерапии развился тяжёлый *C.difficile*-ассоциированный колит, осложнённый синдромом полиорганной недостаточности, острым респираторным дистресс-синдромом, сепсисом. За время пребывания в отделении реанимации пациентка перенесла COVID-19-инфекцию. На фоне выполнявшейся интенсивной терапии полиорганная недостаточность и сепсис разрешились, и без неврологического дефицита в сознании и после деканюляции (ранее трахеостомирована) пациентка выписана домой спустя 3 месяца после поступления в больницу. Индекс коморбидности составлял 1.

Выводы:

1. В данной популяции 96,4% пациентов предъявляли жалобы на наличие «кинжальной» боли в эпигастрии, что можно отнести к типичной клинической картине. Лишь у 18 (25,7%) человек, имеются в анамнезе хроническая язвенная болезнь. Средний возраст пациентов составил 52,5 лет, чаще страдали мужчины (в 1,8 раза), как среди мужчин, так и среди женщин чаще встречались язвы ДПК (в 2,3 раз). Женщины с язвой желудка встречаются реже в 2,7 раз и «моложе» на 4 года пациенток с язвой ДПК. Среди мужчин частота возникновения язвы желудка уступает язве ДПК в 2 раза, но пациенты с язвой желудка «старше» пациентов с язвой ДПК на 5,5 лет. Кроме длительности постановки диагноза на послеоперационную летальность влияет количество сопутствующих заболеваний, что четко выражается в индексе коморбидности.

2. Среди пациентов частота встречаемости атипичной клинической картины перфорации язвы желудка/ДПК составила 3,6%. Средний возраст этих пациентов - 37,7 лет, у 2 (66,7%) - обе женщины - была язва ДПК, у одного (33,3%) пациента мужского пола была язва желудка. Выявлена предположительная связь между приемом болеутоляющих и перфорацией язвы. При этом у двоих (66,7%) пациентов отсутствовали сопутствующие заболевания и иные особенности, имеющие связь с возникновением язвы на задней стенке, отсутствие в анамнезе длительного приёма НПВС. Соответственно только у одного человека (33,3%) имел значение такой фактор риска как НПВС. Иных предпосылок, обеспечивающих возникновение язвы с атипичной клинической картиной, обнаружено не было.

3. Все трое пациентов (100%) были выписаны со стационарного лечения с улучшением. Диагноз был поставлен на уровне приемного покоя в первое обращение у двух пациентов (66,7%) с помощью рентгенографии и ультразвуковой диагностики (выявлен пневмоперитонеум). Лишь у одного человека (33,3%) имел место длительный диагностический процесс с повторными обращениями.

Литература

1. Лобанков В.М. «Хирургическая эпидемиология» язвенной болезни в Беларуси в период с 1990 по 2004 год // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2007.- №1-с.50-55
2. Сарсенбаева Г.И., Турсынбекова А.Е. Современные подходы к оценке коморбидности у пациентов. CardioСоматика. 2019; 10 (1): 19–23. DOI: 10.26442/22217185.2019.1.180073
3. Шевченко, Ю.Л. Частная хирургия для медицинских вузов: том 1. с.439-469