

ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА, ОСЛОЖНЕННАЯ ПЕРФОРАЦИЕЙ

¹ Соломонова Г. А., ² Нежикова А. В.

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Причина образования пептической язвы гастроэнтероанастомоза (ПЯ ГЭА) заключается в воздействии активного желудочного сока на слизистую оболочку тощей кишки, не обладающей резистентностью к хлористоводородной кислоте. Гиперсекреция культуры желудка обусловлена чаще всего недостаточным объемом резекции: оставлением большей части малой кривизны, пилорического отдела желудка, избыточной длиной приводящей петли. Пептические язвы гастроэнтероанастомоза возникают после резекции желудка по Бильрот-2 в 5,7–25 % в связи с выше названными причинами.

ПЯ ГЭА напоминают симптоматику язвенной болезни. Однако заболевание обычно протекает с более выраженным и упорным, постоянным болевым синдромом. Нередко развиваются осложнения в виде кровотечения, перфорации, пенетрации язвы в соседние органы и ткани.

При осложненной язве ГЭА чаще выполняется ререзекция культуры желудка по Ру. В литературе описано применение в отдельных случаях иных видов оперативных пособий (резекция культуры пилорического отдела желудка, резекция избыточной приводящей петли, другие). Перечисленные операции длительные по времени, тяжело переносятся пациентами. По данным мировой литературы летальность при их выполнении достигает до 20–26 %. Распространенное при этом осложнении ушивание перфоративного отверстия в язве не влияет на этиопатогенез язвенного процесса, не устраняет имеющуюся патологию.

Цель исследования: провести анализ методов диагностики и лечения пептической язвы гастроэнтероанастомоза, осложненной перфорацией.

Материалы и методы. Пациентка 81 года доставлена в приемное отделение УЗ «ГК БСМП» 22.09.2023 в 01:21 с направляющим диагнозом: острый панкреатит? Спаечная болезнь брюшной полости. Из анамнеза известно: оперирована по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом. Выполнена резекция желудка. Жаловалась на боли в эпигастральной области, нижних отделах живота, тошноту. Указанные жалобы беспокоят с 20.09.2023 г. Объективно: состояние средней тяжести. Контакт доступен. Телосложение правильное. Кожные покровы бледно-розовые. Температура тела — 36,7 °С. Ps — 82 ударов в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца: ясные. Число дыханий — 17 в мин. Одышки нет. Дыхание проводится с обеих сторон. Хрипов нет. Язык влажный. Живот ассиметричен за счет грыжевого выпячивания в левой гипогастральной области, мягкий, болезненный в эпигастрии, области грыжевого выпячивания. Последнее 20 × 15 см, в брюшную полость не вправляется. Перистальтика кишечника прослушивается, ослаблена. Печень, желчный пузырь, селезенка не увеличены.

Анализ крови общий: эритроциты — $4,74 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин — 117 г/л (↓); лейкоциты — $9,35 \times 10^9$ /л; эозинофилы — 3,2 %; нейтрофилы сегментоядерные — 73,2 % (↑); лимфоциты — 19 %; моноциты — 4,2 %.

Биохимический анализ крови: общий белок 57,2 (↓); мочевина 11,1 (↑); АСТ 29,9; альбумин 37,6; амилаза 27 Е/л; глюкоза 10,6 ммоль/л (↑).

Исследование системы гемостаза: АЧТВ — 24,6(↓) с; АЧТВ ratio: 0,78 (↓); протромбиновое время: 15,2 с (↑); протромбиновый индекс: 65(↓); МНО (INR) — 1,32 (↑) фибриноген по Клаусу — 2,6 г/л.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП): печень не увеличена. КВР — 150 мм. Структура однородная, среднезернистая. Эхогенность повышена. Контуры ровные, четкие. Желчные протоки не расширены. Холедох 7 мм, порталная вена 9 мм. Селезенка: контур ровный, четкий, размер 89 × 33 мм. Свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу

не выявлено. В левом меза гипогастрии определяется грыжевой мешок, содержимое — петли кишечника с признаками перистальтики. Выпот не определяется.

Обзорная R-графия грудной и брюшной полости (латеропозиция): легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны. Тень сердца без особенностей. Свободного газа, патологических уровней жидкости в брюшной полости не выявлено. С диагнозом: невраиваемая послеоперационная грыжа мезогипогастральной области госпитализирована в хирургическое отделение.

За больной проводилось динамическое наблюдение. 22.09.2023 г. около 10.00 состояние ухудшилось: усилились боли в животе, в области грыжевого выпячивания, появилась рвота. Диагноз: ущемленная послеоперационная грыжа мезогипогастральной области.

Оперирована. Над грыжевым выпячиванием рассечены мягкие ткани. Вскрыт грыжевой мешок. Грыжевая вода с примесью желчи и фибрина. Содержимое грыжевого мешка самопроизвольно правилось в брюшную полость на вводном наркозе. Лапоротомия. В брюшной полости выраженный спаечный процесс. Большой сальник припаян к старому послеоперационному рубцу на всем протяжении. Адгезиолизис. В брюшной полости до 1 л тонкокишечного содержимого с желчью и нитями фибрина (бак посев). Кишечник жизнеспособен. При ревизии установлено: желудок резецирован по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера. Культия желудка средних размеров, имеется передний гастроэнтероанастомоз на длинной петле с межкишечным соустьем по Брауну. На передней губе гастроеюноанастомоза определяется язвенный инфильтрат 2 см с перфоративным отверстием 1 × 1 см, края плотные. Учитывая имеющуюся патологию, возраст пациентки, сопутствующую патологию (атеросклеротическая болезнь сердца ИБС: кардиосклероз. Перманентная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. Атеросклероз аорты. ХСН ФК2Н2А. АГ 2 риск 3) решено выполнить иссечение язвы с последующей гастроеюнопластикой. Мобилизована культия желудка, отводящие и приводящие петли. Язва гастроеюноанастомоза иссечена двумя окаймляющими

разрезами в поперечном к оси кишки направлении. В отводящую петлю тощей кишки установлен назогастральный зонд на 20 см ниже места пластики. Дефект в желудке и тощей кишке ушит в поперечном направлении отдельными серозно-мышечными швами монофиламентной нитью 3/0, проходимость достаточная. Окно в брыжейке тощей кишки ушито. Санация и дренирование брюшной полости. Грыжесечение. Ушивание лапаротомной раны.

Диагноз после операции: болезнь оперированного желудка: пептическая язва гастроэнтероанастомоза (резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера с межкишечным соустьем по Брауну), осложненная перфорацией. Распространенный фибринозно-гнойный перитонит. Послеоперационная грыжа мезогипогастральной области.

Результаты и обсуждение. На следующие сутки после операции пациент в ОРИТ. Состояние тяжелое, стабильное. Не адекватна. Возбуждена. Зрачки S = D, средней величины, РЗС сохранена. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, теплые, сухие. Периферических отеков нет. Температура тела — 36,4 °С. Язык суховат, чистый. Дыхание самостоятельное, эффективное. ЧД — 18 в минуту, SpO₂ — 96–97 % на фоне инсуффляции увлажненного O₂ со скоростью 1,5 л/мин, при FiO₂ — 21 % — SpO₂ — 95 %. Аускультативно дыхание проводится во всех отделах легких, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Гемодинамика стабильная: АД — 130/69 мм рт. ст. ЧСС — 105 уд/мин. Кардиомониторинг — фибрилляция предсердий. Живот при пальпации мягкий, реагирует на пальпацию в области послеоперационной раны. Перистальтика сомнительная. По дренажам небольшое количество серозно-геморрагического отделяемого. Повязки сухие. Позонду из тощей кишки отделяемого нет. Диурез 1800 мл в сутки по мочевому катетеру.

Находилась в ОРИТ 6 суток в связи с психостатусом. Затем переведена в хирургическое отделение.

На 7-е сутки после операции выполнено УЗИ ОБП: свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не выявлено.

Пациентка активна, ест, пьет. По дренажам отделяемого нет. Удалены. На 14-е сутки выписана на амбулаторное лечение.

Гистологическое заключение: хроническая язва гастроэнтероанастомоза с обострением, перфорацией

Медикаментозное лечение: инфузионная терапия, парентеральное питание, цефипим 2,0 2 раза в сутки в/в, метонидазол 500 мг 3 р/с в/с, пантопразол 40 мг 2 р/с в/в, ранитидин 40 мг 2 р/с в/в, фрагмин 5000 ед 2 р/с, метопролол 25 мг × 3, индапамид 2,5 мг утром, лозартан 50 мг 2 р/с, симптоматическая терапия.

Выводы:

1. При неясной клинической картине патологии, наличии резекции желудка в анамнезе, целесообразно, с целью уточнения диагноза, выполнять эзофагогастродуоденоскопию.

2. При наличии перфоративной язвы гастроэнтероанастомоза и распространенного фибринозно-гнойного перитонита целесообразно ограничиться иссечением патологического очага, выполнением гастроэюнопластики.