

УДК 616.34-007.251

ПРИКРЫТАЯ ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Стяжкина С.Н., Матусевич А.Е., Корнильев М.В., Бабенко Е.В.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск

Резюме. Данная статья представляет собой анализ клинического случая, посвященный клиническим проявлениям и течению прикрытой перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с клинической картиной острого панкреатита.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Ключевые слова: прикрытая перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, острый панкреатит, лечение прикрытой перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Для цитирования: Стяжкина С.Н., Матусевич А.Е., Корнильев М.В., Бабенко Е.В. Прикрытая перфоративная язва двенадцатиперстной кишки с клинической картиной острого панкреатита // Вестник медицинского института «Реавиз». – 2020. – № 4. – С. 61–64.

COVERED PERFORATIVE ULCER OF THE DUODENUM WITH A CLINICAL PRESENTATION OF ACUTE PANCREATITIS

Styazhkina S.N., Matusevich A.E., Korniliev M.V., Babenko E.V.

Federal State Budgetary Institution of Higher Education «Izhevsk State Medical Academy»
Ministry of Health of the Russian Federation, Izhevsk

Abstract. This article is an analysis of a clinical case dedicated to the clinical manifestations and course of a covered duodenal perforative ulcer with a clinical picture of acute pancreatitis.

Conflict of interest. The authors state that there is no conflict of interest.

Financing. The research was conducted without sponsorship.

Key words: covered perforative ulcer of duodenum, acute pancreatitis, treatment of covered perforative ulcer of duodenum.

To cite: Styazhkina S.N., Matusevich A.E., Korniliev M.V., Babenko E.V. Covered perforative ulcer of the duodenum with a clinical picture of acute pancreatitis // Newsletter of the Medical Institute "Reviz". – 2020. – № 4. – P. 61–64.



Введение

Каждый год в мире диагноз язвенная болезнь ставится 4 миллионам пациентам [1]. Нередко язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки приводит к развитию осложнений. Одним из самых грозных осложнений язвенной болезни является перфорация, которая встречается у 12–14 % больных [2, 3]. Данное осложнение чаще встречается у пациентов мужского пола, при этом основная часть больных – лица трудоспособного возраста [4, 5, 6].

Имеется несколько возможных вариантов перфорации язвы. Наиболее распространённый – перфорация язвы в свободную брюшную полость. При данном виде перфорации развивается характерная клиническая картина, при которой диагностика не вызывает сложностей и проводится своевременно. Также возможна перфорация в малый сальник и забрюшинную клетчатку.

Сложности возникают при диагностике прикрытых перфоративных язв, которые встречаются в 9 % случаев [7, 8]. Данный вид язвы характеризуется атипичной клинической картиной, которая сильно затрудняет диагностику данного состояния. При этом чем быстрее происходиткрытие язвы, тем сложнее постановка диагноза, так как до прикрытия клиническая картина не отличается от обычной перфоративной язвы [8]. Вместе с тем часто оказываются не эффективны такие методы инструментальной диагностики, как фиброэзофагогастродуоденоскопия и обзорная рентгенография брюшной полости [9, 10]. В таких случаях возможна ошибочная либо поздняя постановка диагноза.

Целью данной публикации является демонстрация клинического случая течения прикрытой перфоративной язвы, которая протекала под видом острого панкреатита.

Описание клинического наблюдения

Больная К., 76 лет, переведена из отделения травматологии в хирургию 1 РКБ 18.12.19 г., где находилась на лечении по поводу застарелого закрытого компрессионного перелома позвонка L1. При поступлении предъявляла жалобы на боли в эпигастрии опоясывающего характера, неоднократную рвоту желчью, которая не приносила облегчения.

Заболела 15.12.19 г. в отделении травматологии, когда после погрешности в диете появились сильные боли опоясывающего характера. Была консультирована хирургом, поставлен диагноз: обострение хронического панкреатита. Назначенная консервативная терапия в течение 3-х дней была неэффективна.

18.12.19 г. переведена в хирургию. При осмотре общее состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное, с приведенными к животу ногами. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные. Пульс 110 в минуту. АД 140/90 мм рт.ст. Язык сухой. Живот мягкий, резко болезненный в эпигастрии, в проекции поджелудочной железы. Положительные симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул жидкий. Диурез в норме.

Анализы при поступлении: HGB-98 г/л, PLT 120×10⁹/л, WBC 9,0×10⁹/л, СОЭ 38 мм/ч. Анализ мочи: плотность 1009, белок 0, 17 г/л, диастаза – 256 ед.

Заключение УЗИ: В области хвоста поджелудочной железы визуализируется анэхогенное образование, с четкими границами, размерами 6,0×7,0 см. Более вероятно забрюшинная локализация. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

На основании данных анализов был поставлен диагноз: острый панкреатит, отечная форма, формирующаяся киста поджелудочной железы.

На фоне проводимой консервативной терапии состояние больной несколько улучшилось, боли в эпигастрии уменьшились, исчез их опоясывающий характер.

22.12.19 г. состояние больной ухудшилось, появились жалобы на интенсивные боли в эпигастрии, левом подреберье, в правой половине живота, сухость во рту.

При осмотре состояние больной тяжелое. Положение вынужденное, с приведенными к животу ногами. Кожные покровы бледные. Лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, учащено до 36 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Пульс 96 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот вздут, резко болезненный в эпигастрии и левом подреберье, определяется напряжение мышц правой половины живота. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный в проекции правого фланка. Там же перкуторно определяется притупление. Желчно-пузырные симптомы отрицательны. Перистальтика единичная, вялая. Был однократный жидкий стул. Диурез достаточный.

При ультразвуковом исследовании выявлена свободная жидкость по правому фланку в объеме до 200,0 мл.

Состояние больной расценено как деструктивный панкреатит, разлитой ферментативный перитонит.

С диагностической и лечебной целью больной выполнена лапароскопия, при которой выявлена во всех отделах брюшной полости мутная серозная жидкость, в отлогах местах наложения фибрина и следы желчи. В подпеченочном пространстве инфильтрат, при разделении которого стала выделяться желчь. Желчный пузырь не изменен, большой сальник утолщен, с участками массивных кровоизлияний и несколькими бляшками стеатонекроза. Решено выполнить лапаротомию. При ревизии инфильтрата под печенью, обнаружено перфоративное отверстие на передне-верхней стенке луковицы 12 п.к. до 2,0 см в диаметре и следы пенетрации язвы в гепатодуоденальную связку и нижнюю поверх-

ность левой доли печени. Перфорационное отверстие ушито двухрядным швом. Вскрыта желудочно-ободочная связка, осмотрена поджелудочная железа, которая не увеличена в размерах, несколько уплотнена, но без признаков некроза. Произведена санация брюшной полости. Учитывая наличие разлитого серозно-фибринозного перитонита и отсутствие возможности одномоментного удаления фибрина, а также падение АД до 60/40 мм рт.ст. решено оставить её на лапаротомии. Плановую санацию и ревизию решено выполнить 24.12.19 г.

Во время плановой санации ушитый дефект 12 п.к. состоятелен, следы небольшого количества серозной жидкости. При санации брюшная полость отмыта от наложений фибрина. Рана ушита наглухо.

Через сутки после последней операции у больной появилась клиника желудочно-кишечного кровотечения. В экстренном порядке выполнена ФГДС, при которой обнаружена язва на верхне-задней стенке 12 п.к, диаметром до 0,5 см, прикрытая чёрным тромбом.

Проводимая инфузионная гемостатическая и противоязвенная терапия, позволила консервативно остановить кровотечение.

10.01.20 г. больная в удовлетворительном состоянии была выписана на амбулаторное лечение.

Заключение

Данный клинический вариант течения осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (перфорация) примечателен тем, что он протекал под «маской» острого панкреатита и по всей видимости двухэтапно. К тому же у данной пожилой больной за период лечения в клинике мы наблюдали три осложнения язвенной болезни: перфорацию, пенетрацию и кровотечение. При соблюдении всех мер профилактики, рекомендованных врачом, и регулярном наблюдении у специалистов можно минимизировать риск рецидива данного заболевания.

Литература / References

- 1 Thorsen K., Soreide J.A., Kvaloy J.T. et al. Epidemiology of perforated peptic ulcer: age- and gender-adjusted analysis of incidence and mortality // *World J Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 19. – P. 347–354.
- 2 Bertleff MJ, Lange JF. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment // *Dig Surg.* – 2010. – Vol. 27. – P. 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. – Vol. 84. – P. 102–113.
- 4 Antonov O.N., Aleksandrov A.V., Negrebova M.M., Rybal'chenko A.V. Vliyanie spo-soba hirurgicheskogo lecheniya u bol'nyh s perforativnymi yazvami zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki na rezul'taty v otдалennom periode // *Materialy III s'ezda hirurov yuga Rossii s mezhdunarodnym uchastiem 18-20 sentyabrya 2013 g. – Astra-han', 2013.* – С. 89–90.
- 5 Krylov N., Vinnichuk D. Perforativnaya yazva: patomorfoz, kollizii i trendy // *Vrach.* – 2012. – № 1. – С. 15–20.
- 6 Baloglanov D.A. Hirurgicheskoe lechenie perforativnyh yazv dvenadcatiperstnoj kishki // *Hirurgiya.* – 2010. – № 11. – С. 76–78.
- 7 Garelik P.V., Dubrovshchik O.I., Dovnar I.S., Cilindz' I.T. Perforativnye ga-stroduodenal'nye yazvy: vzglyad na problemu vybora metoda operativnogo lecheniya // *Novosti hirurgii.* – 2014. – № 3. – С. 321–325.
- 8 Nishanov F.N., Batirov A.K., Abdirajimov B.A. i dr. Sovremennoe sostoyanie pro-blemy hirurgicheskogo lecheniya probodnyh duodenal'nyh yazv // *Vestn. hir.* – 2011. – № 5. – С. 97–100.
- 9 Afendulov S.A., Zhuravlev G.Yu., Smirnov A.D. Strategiya hirurgicheskogo lecheniya yazvennoj bolezni // *Hirurgiya.* – 2006. – № 5. – С. 26–30.
- 10 Rustamov E.A. Sravnitel'naya ocenka rezul'tatov palliativnyh i radikal'nyh ope-rativnyh vmeshatel'stv u bol'n-yh s perforativnymi piloroduodenal'nymi yazvami // *Hirurgiya Kazahstana.* – 2010. – № 2. – С. 40–43.

Авторская справка

- Стяжкина Светлана Николаевна** доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия
- Матусевич Анна Евгеньевна** врач-ординатор, кафедра госпитальной терапии с курсами кардиологии ФПК и ПП, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия
e-mail: asu@rkb1.udm.ru
- Корнильев Максим Валерьевич** студент лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия
e-mail: m.v.kornilev@gmail.com
- Бабенко Елизавета Вячеславовна** студент лечебного факультета, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия
e-mail: lizkkabab@gmail.com