

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.342-002.44-001.5-073.4

Ю. С. Винник¹, Е. В. Серова^{1, 2}, И. А. Прусов², Д. В. Стратович²,
В. Г. Шилов², Ю. А. Панов²

УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИКРЫТОЙ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹ Кафедра общей хирургии им. проф. М. И. Гульмана (зав. — проф. Ю. С. Винник), ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России; ² КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4» (главврач — А. П. Фокина)

Ключевые слова: прикрытая перфорация язвы, луковица двенадцатиперстной кишки, ультрасонографическая диагностика

Перфорация язв желудка и двенадцатиперстной кишки среди острых болезней брюшной полости составляет около 1,5%. Частота перфорации среди язвенных больных колеблется в пределах 5–15%. Это осложнение значительно чаще возникает у мужчин, чем у женщин, в возрасте 20–40 лет. Различают 3 вида перфорации: в свободную брюшную полость (87%), прикрытые перфорации (9%), перфорации в малый сальник и забрюшинную клетчатку (4%) [2, 3]. Принято считать, что клиническая картина прободных гастродуоденальных язв в первые часы достаточно характерна, и диагностика этого тяжелейшего осложнения язвенной болезни не трудна. Но трудности возникают при диагностике редкой формы осложнения — прикрытой перфорации. И чем раньше произошлокрытие перфоративного отверстия, тем труднее поставить правильный диагноз [3]. При выполнении больным с прикрытой перфорацией язвы желудка или двенадцатиперстной кишки фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС), обзорной рентгенографии брюшной полости до и после ФЭГДС, не всегда удаётся обнаружить «серп» свободного газа под куполом диафрагмы, а на ФЭГДС при обнаружении язвы — достоверно определить её прободение. В связи с этим категории пациентов с подозрением на прикрытую перфорацию язвы желудка или две-

надцатиперстной кишки необходимо выполнять ультрасонографию органов брюшной полости с прицельным исследованием «области интереса» для визуализации косвенных и прямых признаков перфорации полого органа и решением вопроса о дальнейшей тактике лечения [1].

Под нашим наблюдением находился больной со стёртой клинической картиной прикрытой перфорации язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.

Больной И., 23 года, был доставлен в приёмно-диагностическое отделение Красноярской межрайонной клинической больницы № 4 03.05.2015 г. бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на постоянные интенсивные опоясывающие боли в эпигастриальной области и левом подреберье, тошноту, двукратную рвоту, не приносящую облегчения, сухость во рту через 7 ч после начала заболевания без видимой причины. Был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом «острый панкреатит (?)» без сопутствующей соматической патологии.

При физикальном осмотре: состояние больного средней степени тяжести. В сознании, адекватен. Положение активное, может лежать на спине, при повороте на бок характер болей не изменяется. Телосложение нормостеническое, умеренного питания (индекс массы тела 24,1 кг/м²). Кожный покров обычного цвета, чистый, умеренно влажный. Видимые слизистые оболочки обычной окраски и влажности, чистые. В лёгких дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. ЧДД 19 в 1 мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 82 уд/мин. АД 115/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот симметричный, в верхних отделах ограничено участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации болезненный, напряжённый в эпигастриальной области, левом и правом под-

Сведения об авторах:

Винник Юрий Семёнович (e-mail: yuvinnik@yandex.ru), Серова Екатерина Валерьевна (e-mail: ekaterina_s_07@mail.ru), кафедра общей хирургии им. проф. М. И. Гульмана, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1;

Прусов Игорь Александрович (e-mail: iprusov@mail.ru), Стратович Денис Викторович (e-mail: denis.stratovich.78@mail.ru), Шилов Владимир Геннадьевич, Панов Юрий Александрович (e-mail: gb2zamomr@mail.ru), Красноярская межрайонная клиническая больница № 4, 660094, г. Красноярск, ул. Кутузова, 71

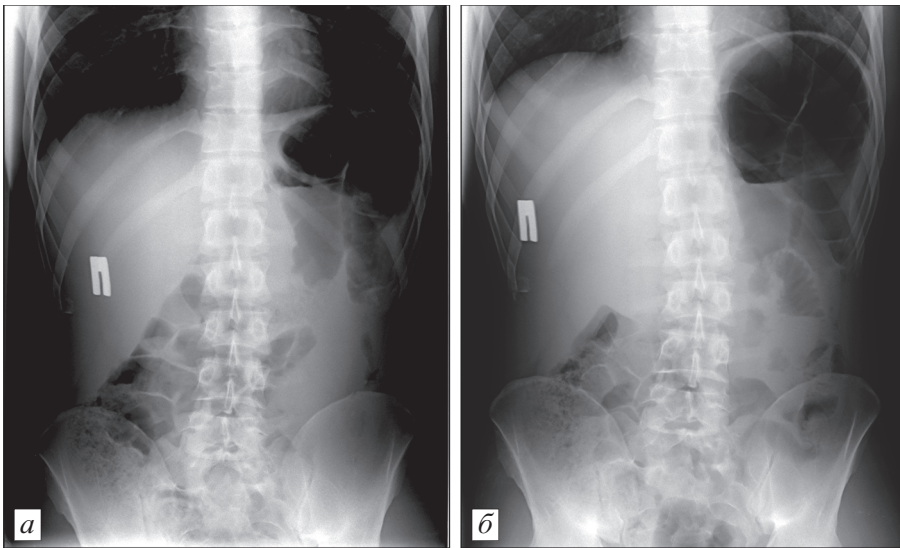


Рис. 1. Рентгенограммы брюшной полости больного И., 23 года, с подозрением на перфорацию полого органа.

а — при поступлении (до ФЭГДС); б — после ФЭГДС

реберьях. Симптом Щёткина—Блюмберга отрицательный во всех отделах. Симптомы Керте, Мейо—Робсона, Чухриенко положительные. Перкуторно печёночная тупость сохранена, печень на уровне рёберной дуги. Притупления перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости не определяется. «Симптом XII ребра» отрицательный с обеих сторон. Перистальтика сохранена. Стул был утром, оформлен. Газы отходят. Дизурии нет. В связи с выраженным болевым синдромом для исключения перфорации полого органа больному была выполнена рентгенография брюшной полости: свободного газа и чаш Клойбера нет. Петли кишечника раздуты газом (рис. 1, а).

ФЭГДС: язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки (диаметром 1,5 см), осмотреть дно язвы не представляется возможным из-за деформации луковицы двенадцатиперстной кишки, двенадцатиперстная кишка хорошо раздувается воздухом, в просвете следов свежей и старой крови нет, признаков кровотечения нет, дуоденит, рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, диффузный поверхностный гастрит, недостаточность кардии. Повторная рентгенография брюшной полости после ФЭГДС: свободного газа и чаш Клойбера нет. Петли кишечника раздуты газом (см. рис. 1, б).

Выполнена ультразвукография брюшной полости: визуализация удовлетворительная, изолированно свободный газ в подпечёночном пространстве (под правой долей печени), визуализируется луковица двенадцатиперстной кишки (с хорошо выраженной складчатостью), наполненная жидким содержимым, изолированно на границе стенки двенадцатиперстной кишки и нижней поверхности правой доли печени видна прослойка жидкости с эхо-взвесью толщиной до 1,7 см с распространением жидкости в подпечёночное пространство ближе к карману Моррисона (рис. 2), визуализировать непосредственно дефект стенки луковицы двенадцатиперстной кишки не удалось. Печень: косой вертикальный размер — 140 мм, толщина правой доли — 124 мм, краниокаудальный размер — 87 мм, толщина левой

доли — 60 мм, контур ровный, чёткий, структура однородная, средней эхогенности, край острый, внутрипечёночные желчные протоки не расширены 4–6 мм. Стенки гиперэхогенные; общий желчный проток 6 мм, в просвете дополнительные образования не визуализируются; печёночные вены 6–8 мм, воротная вена 10 мм, ход не изменён, кровоток не изменён, нижняя полая вена 15 мм, коллабирование в норме; брюшной отдел аорты 16 мм, прослеживается не полностью, стенки не изменены; желчный пузырь 8,8×2,1 см, толщина стенки 3 мм с «двойным» псевдоконтуром (реактивное изменение стенки желчного пузыря), расположен типично, форма грушевидная, в просвете желчного пузыря дополнительные образования не визуализируются; поджелудочная железа: головка 22 мм, хвост 20 мм, контур ровный, чёткий, структура однородная, повышенной эхогенности, проток не визуализируется; малый сальник: без патологии; селезёнка: 9,8×3,5×4,0 см, контур ровный, чёткий, структура однородная, селезёночная вена 6 мм; кишечник: петли не расширены, пневматоз толстой кишки; лимфатические узлы: не визуализируются; плевральные синусы: без патологии. Заключение: эхо-признаки прикрытой перфорации язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, протоковые изменения печени, диффузные изменения поджелудочной железы.

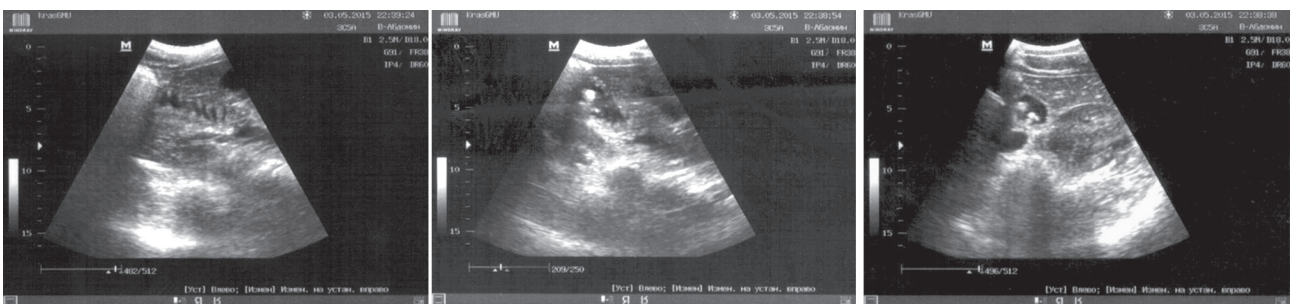


Рис. 2. Ультрасонограммы области прикрытой перфорации язвы луковицы двенадцатиперстной кишки того же больного

В анализе крови при поступлении: умеренный лейкоцитоз ($10,0 \times 10^9/\text{л}$), со сдвигом в лейкоцитарной формуле влево (палочкоядерных нейтрофилов 12), умеренное увеличение СОЭ до 20 мм/ч. В биохимическом анализе крови: умеренная гипермилаземия до 172 ЕД/л, аланинаминотрансфераза 107 ЕД/л, аспаратаминотрансфераза 85 ЕД/л. Амилаза мочи 750 ЕД/л. Общий анализ мочи без особенностей. Поставлен предоперационный диагноз: прикрытая перфоративная язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

В экстренном порядке под тотальной внутривенной анестезией с автоматической искусственной вентиляцией лёгких выполнена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в подпечёночном пространстве, в области кармана Моррисона до 100 мл серозного выпота с примесью дуоденального содержимого. Стенка антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки умеренно гиперемирована. К передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки прилежит левая доля печени, покрытая фибрином. На передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки также наложения фибрина и подпаянная прядь большого сальника, при ревизии обнаружено перфорационное отверстие до 4 мм диаметром. Язвенный инфильтрат не выражен, края гиперемированы, отёчны. Выполнено ушивание перфорационного отверстия однорядным швом мононитью на атравматической игле. Брюшная полость санирована, дренирована через контрапертурный разрез в правой подрёберной области перчаточным дренажем. Контроль на гемостаз и инородные тела. Операционная рана послойно ушита наглухо. Наложена асептическая повязка. Поставлен клинический диагноз: прикрытая перфоративная язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, местный серозно-фибринозный перитонит.

В послеоперационном периоде больной получал инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную, противоязвенную, симптоматическую терапию, профилактику тромбозомболических осложнений. Течение послеоперационного периода гладкое. На 4-е сутки отделяемого по дренажу нет и он удалён. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 7-е сутки. Температура тела нормализовалась с 3-х суток послеоперационного периода. Функция желудочно-кишечного тракта восстановлена. Больной выписан в удовлетворительном состоянии 10.05.2015 г. (на 7-е сутки) под наблюдение хирурга, терапевта-гастроэнтеролога.

Таким образом, представленное клиническое наблюдение и проведённый анализ литературы позволили сделать следующие выводы.

1. При обследовании и лечении urgentных хирургических больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости необходимо помнить

о возможных редких состояниях и применять полный комплекс доступных диагностических мероприятий с целью их ранней диагностики.

2. Категории пациентов с подозрением на прикрытую перфорацию язвы желудка или двенадцатиперстной кишки необходимо выполнять ультрасонографию органов брюшной полости с прицельным исследованием «области интереса» для визуализации косвенных и прямых признаков перфорации полого органа и решением вопроса о дальнейшей тактике лечения, выполнения адекватных и своевременных оперативных вмешательств для улучшения результатов лечения.

3. Врачам ультразвуковой диагностики необходимо помнить о возможных редких осложнениях язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, отмечать и дифференцировать ультрасонографические признаки данных urgentных заболеваний. При этом к прямым признакам перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки относится нарушение целостности стенки органа; к косвенным признакам — изолированно свободный газ в подпечёночном пространстве, визуализируемый желудок или двенадцатиперстная кишка с хорошо выраженной складчатостью, наполненные жидким содержимым, изолированно на границе стенки органа и, как правило, нижней поверхности печени — прослойка жидкости переменной толщины с эхо-взвесью, возможно с распространением жидкости в подпечёночное пространство к карману Моррисона, пневматоз кишечника, особенно поперечной ободочной кишки.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Васильева М.А., Пензина А.О. Ультразвуковая диагностика отграниченного перитонита, осложнившего «прикрытые» перфорации язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Радиология — практика. 2013. № 5. С. 7–12.
2. Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Довнар И.С., Цилиндзь И.Т. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему выбора метода оперативного лечения // Новости хирургии. 2014. № 3. С. 321–325.
3. Нишанов Ф.Н., Батиров А.К., Абдирайимов Б.А. и др. Современное состояние проблемы хирургического лечения прободных дуоденальных язв // Вестн. хир. 2011. № 5. С. 97–100.

Поступила в редакцию 15.06.2016 г.