

Острые перфоративные язвы тонкой кишки у больных с распространенным гнойным перитонитом

В.А.ГОЛЬБРАЙХ, С.С.МАСКИН, А.В.БОБЫРИН, А.М.КАРСАНОВ, Т.В.ДЕРБЕНЦЕВА, Д.С.ЛОПАСТЕЙСКИЙ, А.Р.ТАДЖИЕВА

Acute perforated ulcers of the small intestine in patients with total purulent peritonitis

V.A.GOLBRAYKH, S.S.MASKIN, A.V.BOBYRIN, A.M.KARSANOV, T.V.DERBENZEVA, D.S.LOPASTEYSKY, A.R.TADGYEVA

Волгоградский государственный медицинский университет

В работе представлены современные взгляды на этиологию и патогенез острых язв тонкой кишки (ОЯТК), осложненных перфорацией. Одной из причин возникновения острых стресс-язв является распространенный гнойный перитонит (РГП). Из 493 больных, оперированных по поводу РГП, перфорация острых язв тонкой кишки диагностирована у 16 пациентов (3,2%). Определены факторы риска возникновения послеоперационных язв тонкой кишки: высокий Мангеймский индекс перитонита (выше 15), длительное назоинтестинальное дренирование, продолжительная ИВЛ и парез кишечника после операции. Профилактика ОЯТК должна включать ликвидацию циркуляторной гипоксии, пареза кишечника, эндотоксикоза.

Ключевые слова: стресс-язвы тонкой кишки, гнойный перитонит, программированная релапаротомия

Modern views on etiology, pathogenesis of acute ulcers of the small intestine (AUSI) complicated by perforation were presented. Purulent total peritonitis (PTP) is one of the reasons of acute stress-ulcers beginning. Perforation of AUSI in this group was diagnosed in 16 (3,2%) patients. By the example of patients with PTP, the risk-factors of AUSI formation were determined: high level of the Mannheim peritonitis index (more 15), long-term nose-intestinal intubation, prolonged artificial lung ventilation and enteroparesis in postoperative period. For prophylaxis of AUSI elimination of circulatory hypoxia, enteroparesis, endotoxemia are demanded.

Key-words: acute ulcers of the small intestine, purulent peritonitis, programmed relaparotomy

Верхние отделы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются одной из мишеней при острых хирургических заболеваниях брюшной полости [2, 4] в плане развития острых язв (ОЯ). Профилактика и лечение стресс-язв ЖКТ обсуждались на 31 Конгрессе общества критической медицины (Сан-Диего, 2002), Всероссийском конгрессе анестезиологов-реаниматологов (Омск, 2002), съезде анестезиологов-реаниматологов Центрального Федерального округа РФ (2005) и других медицинских кворумах, что свидетельствует об актуальности проблемы и нерешенности многих ее вопросов.

Еще в 30-х годах XX столетия Г.Селье были установлены основные клинические состояния, с которыми связано образование ОЯ – хирургические вмешательства и сепсис, термические и механические травмы, неврологические нарушения. Реакции на стресс, имеющие в начале заболевания адаптационный характер, в дальнейшем ведут к нарушению гомеостаза, многообразным стрессорным повреждениям ЖКТ [5, 6].

Выделяют четыре вида острых поражений слизистой оболочки ЖКТ: 1) ОЯ истинные, развивающиеся после массивных операций или при тяжелой сочетанной травме, печеночно-почечной недостаточности; 2) язвы Курлинга – у больных с распространенными ожо-

гами; 3) язвы Кушинга – при повреждениях головного мозга; 4) медикаментозные ОЯ [7].

Большинство публикаций касаются острых гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением или перфорацией [1-3]. Стресс-язвам тонкой кишки посвящены единичные работы. В 1805 г. Vaillie впервые описал поражение тонкой кишки язвами, которые внешне напоминают таковые при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [9]

Цель работы: выявить частоту острых перфоративных язв тонкой кишки у больных с РГП, провести анализ возможных причин возникновения ОЯ тонкой кишки, улучшить результаты лечения этой группы пациентов.

Материал и методы

За последние 6 лет в клинике госпитальной хирургии ВолГМУ оперированы 493 больных с РГП, из них у 16 диагностированы острые перфоративные язвы тонкой кишки (3,2%). Патология, на фоне которой возникли язвы была достаточно разнообразна (табл. 1).

Наиболее частыми причинами РГП были острая спаечная кишечная непроходимость, гнойные осложнения острого панкреатита, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 1

Распределение больных с острыми язвами тонкой кишки

Причины распространенного перитонита	Муж.	Жен.	Всего
ОКН, синдром кишечной недостаточности	2	4	6
Инфицированный панкреонекроз	2	1	3
Прободная язва желудка и ДПК	2	2	4
Перфорация тубоовариальной кисты	-	1	1
Тромбоз нижней брыжеечной артерии, некроз левой половины толстой кишки	-	1	1
Лимфосаркома брыжейки тонкой кишки	-	1	1
Всего	6	10	10

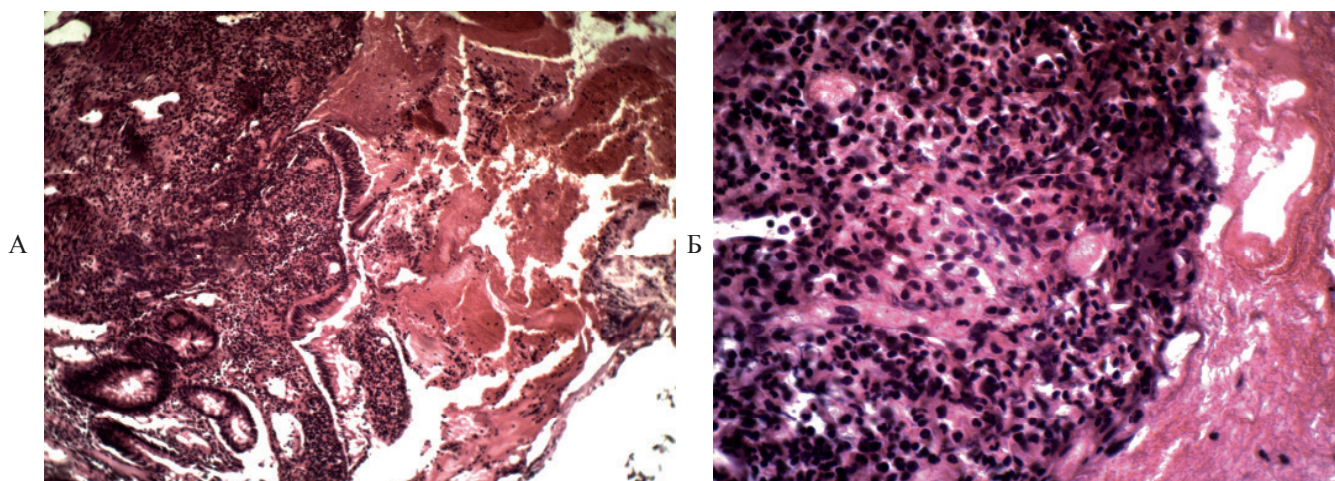


Рис. 1. Острая язва тонкой кишки. А- дефект, проникающий до мышечного слоя, очаговые кровоизлияния, выпадение нитей фибрина; ув. x100. Б - выраженная лейкоцитарная инфильтрация с фибринозно-геморрагический экссудатом на дне язвы. Окр. гематоксилином и эозином; ув. x400.

В исследование не включены пациенты с перфоративными ОЯ тонкой кишки вследствие ее опухоли, болезни Крона, специфическими поражениями тонкой кишки.

Для оценки состояния больных с РГП использовали Мангеймский перитонеальный индекс (МПИ). Оценка функциональной органно-системной дисфункции проводилась по шкале SOFA.

Результаты и их обсуждение

У всех 16 пациентов ОЯ возникла в раннем послеоперационном периоде на фоне РГП. Клиническая картина и хирургическая тактика определялись наличием послеоперационного перитонита. Ни у одного пациента диагноз перфорации ОЯ тонкой кишки до повторной лапаротомии поставлен не был. Диагноз до повторного хирургического вмешательства звучал как «неразрешившийся» или «прогрессирующий» перитонит.

Характеристика ОЯ тонкой кишки проводилась по следующим позициям: локализация язв, размеры, сроки возникновения после первой операции, данные гистологического исследования.

По локализации язв больные распределились следующим образом: у 10 пациентов местом ОЯ был начальный отдел тонкой кишки (30–40 см от Трейцевой связки), у 6 – терминальный отдел подвздошной кишки. Размеры язв не превышали 0,3 см – 0,4 см.

Осложненные ОЯ тонкой кишки диагностированы в различные сроки после первичной операции. Из 16 больных у 2 - перфорация ОЯТК обнаружена в первые 24 часа во время этапной санации брюшной полости, у 6 -- на 3 -4 сутки, у 8 – на 7-8 сутки после первой операции. У 14 пациентов выполнено ушивание язвы, двум больным пришлось произвести резекцию тонкой кишки, в связи с ишемическим некрозом.

При микроскопии биоптата из язвы преобладали воспалительные изменения, а также инфильтраты, состоящие из лимфоцитов с примесью лейкоцитов, эозинофилов, плазматических клеток. В просвете многих сосудов обнаруживаются свежие и организованные тромбы. Выявленные изменения позволяют предположить, что выраженные изменения гомеостаза, на фоне РГП, ведут к изменениям регионарного кровотока, нарушению регенерации и биологической герметичности тонкой кишки.

Всем больным, оперированным по поводу перфорации ОЯ, проводилось лечение, включающее программированные релапаротомии (РЛТ). Показания к повторным вмешательствам устанавливали во время первой операции на основании многофакторной интраоперационной оценки хирургической ситуации. В частности: мутного гнойно-гнилостного экссудата, массивных плотных наслоений фибрина, расширенных петель кишечника с отсутствием перистальтики,

выраженных изменений брюшины. Большинство плановых релапаротомий выполнено на 1-2 сутки после первичной операции. Каждому пациенту выполнялось от одной до 5 этапных РЛТ. Первую ПРЛТ выполняли в течение первых суток, последующие РЛТ - с периодичностью 18-24 ч, ориентируясь на комплексную оценку тяжести состояния больных и течение перитонита. Все больные, которым выполнялась программированная РЛТ имели Мангеймский индекс перитонита от 20 до 27 баллов.

Дренирование тонкой кишки является составной частью комплекса патогенетической терапии разлитого перитонита и кишечной непроходимости. Манипуляции при проведении трубки через дуодено-юнальный переход в паретически измененную кишку, особенно в условиях отека ее стенки, влекут за собой дистрофические и некротические изменения покровного эпителия слизистой оболочки. При грубых воздействиях могут возникнуть надрывы слизистой оболочки с повреждением подслизистого слоя и интрамуральных кровеносных сосудов с образованием внутрстеночных гематом, которые могут привести к расслоению стенки кишки. Эти изменения могут способствовать перфорации острых язв тонкой кишки. Длительная и травматичная интубация кишки может проводить к более тяжелому течению абдоминального сепсиса за счет

поступления через травмированную стенку из просвета кишки в кровеносное и лимфатическое русло токсических продуктов кишечного содержимого. Учитывая данные факты, мы считаем, что если по техническим причинам (спаечный процесс, невозможность проведения зонда через дуоденоюнальный переход) в течение 20–30 минут не удалось провести назоинтестинальный зонд, то манипуляцию необходимо прекратить.

Таким образом, имеются факторы риска возникновения послеоперационных ОЯ тонкой кишки, наиболее значимым из них является наличие распространенного гнойного перитонита, который можно рассматривать как стресс, при этом нарушается взаимодействие основных систем адаптации – нервной, эндокринной, иммунологической.

К группе риска относятся больные с длительным назоинтестинальным дренированием, высоким Мангеймским индексом перитонита, продолжительной ИВЛ, продолжительным парезом кишечника после операции. Больные с послеоперационным перитонитом в связи с перфорацией ОЯ нуждаются в санационных программированных релапаротомиях

Профилактика ОЯ тонкой кишки должна носить комплексный характер, включать ликвидацию циркуляторной гипоксии, эндогенной микробной интоксикации, пареза кишечника.

Список литературы

1. Gelfand B.R., Gurjanov V.A., Mamontova O.A. Prophylactics of stress damages of a stomach in patients in urgent state. *Infections in surgery*. 2007; 5: 2: 1-12.
2. Evseev M.A., Krugljanskij Ju.M. NPVP-induced enteropathies: peculiarities of epidemiology, pathogenesis and clinic. *Russian medical journal*. 2006; 16: 15: 1099-1106.
3. 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; 24.
4. Nikolskij V.I., Sergackij K.I. Etiology and pathogenesis of acute gastroduodenal ulcerations complicated by bleeding (review of literature) 2009; 4: 53-64.
5. Stanoevich Uglesha. Sistemic antibacterial therapy of patients with wide-spread purulent peritonitis: Autoref. dis.... of cand. of med. science. M. 2007.
6. Hachatrjan N.N. Antibacterial therapy of peritonitis. *Surgery medical consilium*. 2002; Attachment 1: 19-25.
7. Guldvog I. Stress ulceration: possible pathogenic mechanisms. *Scand. J. Gastroenterol*. 1984; 105: 19: 175-181.
8. Linder M.M., Washa H., Feldman U. et al. Der Mannheimer Peritonitis-Index. An Instrument for the intraoperative Prognosis of Peritonitis. *Der Chirurg: Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*. 1987; 58: 2: 84.
9. Fennerty M.B. Pathophysiology of the upper gastrointestinal tract in the critically ill patient . Rationale for therapeutic benefits of acid suppression. *Crit/ Care. Med*. 2002; 30: 351-355.

Поступила 09.09.2011 г.

Информация об авторах

1. Гольбрайх Вячеслав Аркадьевич – д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии Волгоградского государственного медицинского университета; e-mail: maskins@bk.ru
2. Маскин Сергей Сергеевич – д.м.н, зав. кафедрой госпитальной хирургии ВолГГМУ; e-mail: maskins@bk.ru
3. Бобырин Александр Владимирович – заслуженный врач РФ, зав. хирургическим отделением №2 госпитальной хирургической клиники Волгоградского государственного медицинского университета; e-mail: maskins@bk.ru
4. Карсанов Алан Мухарбекович – к.м.н., докторант кафедры госпитальной хирургии Волгоградского государственного медицинского университета; e-mail: maskins@bk.ru
5. Дербенцева Татьяна Викторовна – аспирант кафедры госпитальной хирургии Волгоградского государственного медицинского университета; e-mail: maskins@bk.ru
6. Лопастейский Денис Сергеевич – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии Волгоградского государственного медицинского университета; e-mail: denlopas76@yandex.ru
7. Таджиева Айгуль Рахмонкуловна – аспирант кафедры госпитальной хирургии Волгоградского государственного медицинского университета