

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ТОНКОЙ КИШКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Земляной В.П.¹, Сингаевский А.Б.^{1,2}, Несвит Е.М.*¹,
Врублевский Н.М.³, Остапенко Д.А.³

DOI: 10.25881/BPNMSC.2019.98.79.008

¹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И.И. Мечникова»,
Санкт-Петербург

² Городская больница № 15, Санкт-Петербург

³ Городская больница № 40, Санкт-Петербург

Резюме. Исследованы основные клинические проявления острых перфоративных язв тонкой кишки послеоперационного периода, изучены возможности их инструментальной диагностики. Выявлено, что частота встречаемости острых послеоперационных перфоративных язв тонкой кишки возросла по сравнению с концом XX века в 8 раз. Среди больных с данным осложнением преобладали пациенты, у которых первая операция носила экстренный характер (67,7%). Перфорации тонкой кишки возникали и как первое осложнение после операции (41,9%), и после ранее развившихся других осложнений (58,1%). В 56,8% случаев факт перфорации тонкой кишки манифестировался появлением тонкокишечного отделяемого в дренажах из брюшной полости или в лапаротомной ране. Среди всех пациентов только у 27% отмечались положительные перитонеальные симптомы, что крайне затрудняло диагностику. В 30,5% данное осложнение не проявлялось клинически и было выявлено в ходе выполнения программированной релапаротомии. Ультразвуковое исследование брюшной полости в диагностике данного осложнения было малоинформативным. В некоторых случаях компьютерная томография оказалась эффективным методом диагностики данных осложнений. Сложность диагностики острых перфоративных язв, частое рецидивирование и высокая летальность (74,2%) требуют особой осторожности хирургов.

Ключевые слова: острые перфоративные язвы тонкой кишки, релапаротомия, перитонит, сепсис, послеоперационные осложнения.

Актуальность

Несмотря на рост возможностей современной хирургии, лабораторной и инструментальной диагностики, частота развития послеоперационных осложнений не имеет тенденции к снижению [7]. Послеоперационный перитонит является одним из самых опасных осложнений после операций на органах брюшной полости. Частота его составляет 0,7–3,5% [10; 11], в последние десятилетия отмечается снижение летальности с 60 до 20%, однако, он остается главной причиной смертности оперированных больных [11–13]. Ряд авторов сообщают более драматичные цифры: необходимость релапаротомий в 0,3–8,6% случаев от всех операций абдоминального профиля, с последующей летальностью 23,6–71,2% [2; 5; 6]. Следует

CLINICAL FEATURES AND POSSIBILITIES OF DIAGNOSIS OF ACUTE POSTOPERATIVE PERFORATIVE ULCERS OF THE SMALL BOWEL

Zemlyanoy V.P.¹, Singaevskij A.B.^{1,2}, Nesvit E.M.*¹, Vrublevskij N.M.³,
Ostapenko D.A.³

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

² City Hospital № 15, St. Petersburg

³ City Hospital № 40, St. Petersburg

Abstract. The article investigated the main clinical manifestations of acute postoperative perforative ulcers of the small bowel, studied the possibilities of their instrumental diagnosis. The study revealed that today the incidence of acute postoperative perforative ulcers of the small bowel increased by 8 times compared with the end of the XX century. Among the patients in whom this complication occurred, patients who required emergency surgical treatment prevailed (67,7%). Perforations of the small bowel arose as the first complication after surgery (41,9%), and after other complications developed earlier (58,1%). In 56,8% of cases, the fact of perforation of the small bowel was manifested by the presence of the enteric discharge in the drains from the abdominal cavity or in a laparotomy wound. Among all patients, only 27,0% had positive peritoneal symptoms, which made diagnosis extremely difficult. In 30,5% this complication was not manifested clinically and was detected during the execution of a programmed rелапаротомии. Ultrasound examination of the abdominal cavity in the diagnosis of this complication was uninformative. In some cases, computer tomography has proven to be an effective method for diagnosing these complications. The complexity of the diagnosis of acute perforated ulcers, frequent recurrence and high mortality (74,2%) require special alertness of surgeons.

Keywords: acute perforated ulcers of the small bowel, rелапаротомии, peritonitis, sepsis, postoperative complications.

отметить, что не все послеоперационные осложнения освещены в полной мере. Внимание авторов сконцентрировано на послеоперационном перитоните в связи с несостоятельностью анастомоза, абсцессах брюшной полости, ранней спаечной кишечной непроходимости, эвентрациях, внутрибрюшных кровотечениях, мезентериальном тромбозе, третичном перитоните [1; 7–9]. При этом проблеме острых послеоперационных перфоративных язв тонкой кишки посвящены лишь единичные сообщения [2–4].

Цель исследования: изучить основные клинические проявления острых перфоративных язв тонкой кишки послеоперационного периода. Оценить возможности инструментальных методов в их диагностике.

* e-mail: evgenianesvit@gmail.com

Материал и методы

Проанализированы исходы всех оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза в двух стационарах г. Санкт-Петербурга в 1992–1997 и 2012–2017 гг., детально изучены результаты лечения 62 пациентов, у которых в 2012–2017 гг. развились острые перфоративные язвы тонкой кишки. Большинство больных были женского пола – 63,3%. Среди пациентов преобладали лица пожилого возраста: средний возраст – $69,0 \pm 12,6$ лет. Продолжительность госпитализации составила $22,5 \pm 16,3$ суток.

Результаты

При исследовании частоты послеоперационных осложнений в виде острых перфоративных язв тонкой кишки в периоды с 1992 по 1997 гг. и с 2012 по 2017 гг. было установлено, что при увеличении количество операций с 3901 до 10388 частота данного осложнения возросла с 3 до 62 случаев, что в составило 0,08% и 0,59%, соответственно ($\chi^2 = 16,93$; $p < 0,01$). Следовательно, можно говорить о восьмикратном увеличении частоты развития острых послеоперационных перфоративных язв тонкой кишки. Характерной для данного осложнения оказалась высокая летальность – 74,2%.

Развитие послеоперационных острых перфоративных язв происходило как после плановых, так и после экстренных вмешательств. Однако в целом среди пациентов с данным осложнением большую часть составили больные, оперированные по экстренным показаниям – 42 случая (67,7%).

Чаще всего по экстренным показаниям пациенты оперировались в связи со спаечной тонкокишечной непроходимостью (14 случаев, 35,7%) и с осложнениями колоректального рака (также 14 случаев, 35,7%) в виде острой кишечной непроходимости, перитонита и параканкрозного абсцесса. Летальность в этих группах составила 42,9% и 92,9%, соответственно.

Значительно реже встречались ущемленные вентральные грыжи – 6,5% от экстренных больных, в этой группе летальность составила 100%. Еще реже встречались дивертикулярная болезнь, осложненная перфорацией с формированием внутрибрюшных абсцессов – 4,8%. Летальность в данной группе – также 100%.

Группа больных, оперированных в плановом порядке, была менее многочисленна – 20 пациентов (32,3%). Причем и в данной группе почти половину составили больные с колоректальным раком – 9 пациентов (45,0%). Летальность пациентов с данной патологией составила 77,8%. У 40,0% встречались другие злокачественные заболевания, в половине случаев – местнораспространенный рак желудка.

Необходимо отметить, что острые перфоративные язвы тонкой кишки возникали как первое осложнение после первичного вмешательства только у 41,9% пациентов (Рис. 1). У большего числа больных (58,1%) первоначально развивались другие послеоперацион-



Рис. 1. Причина первой релапаротомии.

ные осложнения: у 12,9% – острая спаечная тонкокишечная непроходимость, требовавшая адгезиолизиса и назогастроинтестинальной интубации; у 11,3% острые перфоративные язвы формировались на фоне третичного перитонита, требовавшего программированных санаций брюшной полости; также в 11,3% случаев вначале развивалась несостоятельность кишечного анастомоза с развитием перитонита; у 8,1% развился мезентериальный тромбоз, с одинаковой частотой встречались такие осложнения как внутрибрюшной абсцесс и гемоперитонеум – по 4,8% каждый, у 3,2% больных после первой операции имело место развитие мочевого перитонита, и в 1,6% первым осложнением явилось желчеистечение с развитием желчного перитонита.

Сроки возникновения послеоперационных перфоративных язв крайне вариабельны: с 2 по 28 сутки, однако у большинства пациентов (53,2%) первая перфорация имела место в период с 4 по 10 сутки.

Наиболее характерным симптомом перфорации острой язвы тонкой кишки оказалось поступление тонкокишечного отделяемого по контрольным дренажам из брюшной полости и/или из послеоперационной раны. Однако данное клиническое проявление встречалось чуть больше чем в половине случаев (56,8%). Данный симптом чаще имел место в случаях, когда острая перфоративная язва возникла как первое осложнение (80,9%). При ранее выполненных релапаротомиях истечение кишечного отделяемого по дренажам или через рану встречалось гораздо реже.

Необходимо отметить, что положительные перитонеальные симптомы встречались менее чем в трети случаев – 27,0%, из этого количества в 80,0% они также были выявлены у пациентов перед первой релапаротомией. Сочетание положительных перитонеальных симптомов и истечения кишечного отделяемого из брюшной полости встречалось лишь в 14,9%.

Неспецифические симптомы, такие как возобновление или усиление боли в животе, вздутие и парез кишечника, отмечались значительно чаще – в 78,0% и 63,5%, соответственно.

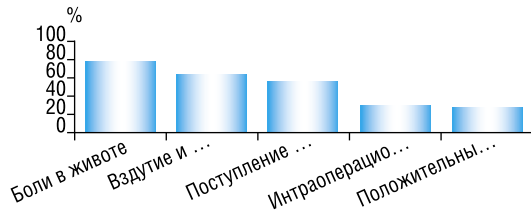


Рис. 2. Клинические признаки острых перфоративных язв тонкой кишки.

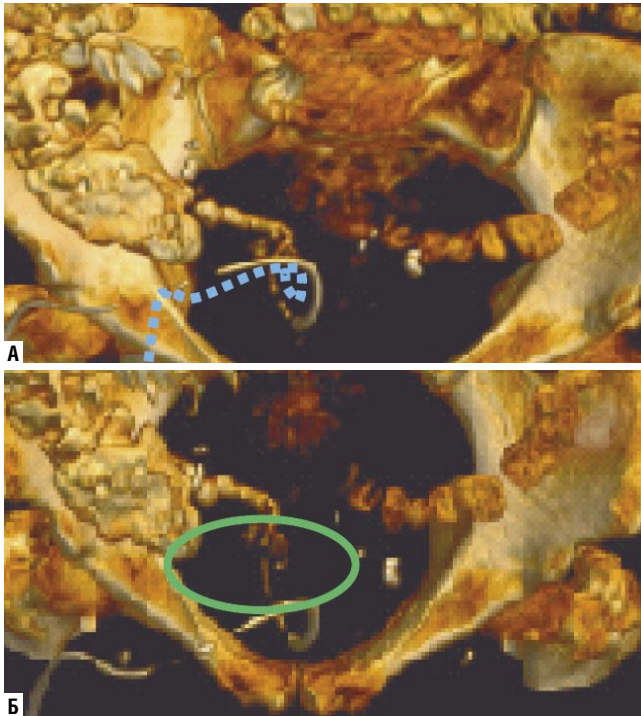


Рис. 3. Формирующийся наружный неполный тонкокишечный свищ через гнойную полость. А – пунктирной синей линией выделен катетер Фолея, введенный в свищевой ход в надлобковой области на уровне белой линии живота. Б – сплошная зеленая линия выделяет область внутреннего отверстия несформированного тонкокишечного свища с раздутой манжетой катетера Фолея. Контрастный препарат, введенный ретроградно через катетер Фолея, практически сразу попадает в терминальный отдел подвздошной кишки и далее контрастирует все отделы толстой кишки до ректосигмоидного изгиба.

Значительной оказалась группа пациентов с практически бессимптомным течением данного осложнения: в 30,5% случаев острые перфоративные язвы тонкой кишки были выявлены как интраоперационные находки при выполнении программированных релапаротомий. Больше их количество (81,8%) отмечались при повторных санациях (Рис. 2).

Если случаи с поступлением кишечного отделяемого по дренажам не вызывали сомнения при постановке диагноза и определении тактики, то у пациентов со стертой симптоматикой проводилось дообследование. Немногочисленной группе пациентов – 10,8%, у которых единственными симптомами, вызывающими насто-

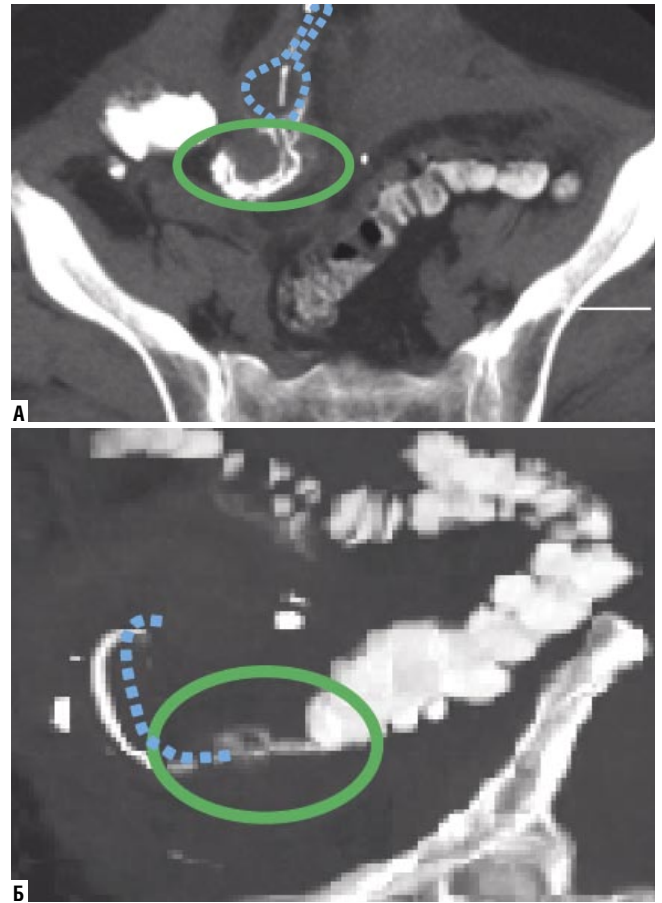


Рис. 4. Синей пунктирной линией выделен катетер Фолея, заведенный в свищевой ход. Зеленой сплошной линией выделена область внутреннего отверстия тонкокишечного свища. На предсталенных рисунках видно, что свищевой ход (до манжеты катетера Фолея), имеет длину до 2-х см, затеков в брюшную полость достоверно не определяется.

женность хирургов, были явления выраженного пареза кишечника, резистентного к стимуляции, и нарастающие симптомы интоксикации, при выполнении КТ органов брюшной полости обнаруживались абсцессы брюшной полости или малого таза, при вскрытии которых обнаруживался свищегенный участок кишки, явившейся причиной формирования абсцесса. В одном наблюдении, когда перфорация произошла не в свободную брюшную полость, а в существующую ранее дренированную полость внутрибрюшного абсцесса, проведение КТ позволило выявить наличие и локализацию перфоративного отверстия (Рис. 3, 4).

Следует отметить, что УЗИ органов брюшной полости, выполненное в 82,4% случаев, было малоинформативно: его разрешающей способности хватало только на выявление скоплений жидкости в брюшной полости и пневматоза кишки, что свойственно течению любого послеоперационного периода, и ни в одном случае не был выявлен или заподозрен характер осложнения.

Важнейшим вопросом является диагностика последующих осложнений у пациентов после перфораций язв

Земляной В.П., Сингаевский А.Б., Несвит Е.М. и др.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ
ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ТОНКОЙ КИШКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

тонкой кишки: перитонита, вызванного истечением тонкокишечного отделяемого в брюшную полость (56,8%), полирезистентной к антибактериальной терапии микрофлоры (флора выявлена в 100%), последующего развития третичного перитонита (95,2%), синдрома полиорганной недостаточности (100,0%). У большинства пациентов развивалась генерализация инфекции: у 76,8% развивался сепсис, в 11,9% случаев диагностировался септический шок, причем у одной пациентки дважды.

Заключения и выводы

Сегодня хирурги стали чаще встречаться с острыми перфоративными язвами тонкой кишки после операций. Данная проблема скупо освещена в литературе, её возросшая актуальность определяет необходимость её детального изучения. Острые послеоперационные язвы тонкой кишки развиваются как после экстренных вмешательств на фоне уже имеющейся катастрофы в животе, так и после планового оперативного лечения, при первоначально благополучном послеоперационном периоде. Исходы лечения во многом зависят от характера первичной нозологии: если в группе с острой спаечной непроходимостью летальность составила 42,9%, то у пациентов с осложненным колоректальным раком смерть наступила в 92,9% случаев.

Проблема диагностики остается сложной: поступление по дренажам тонкокишечного отделяемого встречалось лишь в 56,8%, а положительные перитонеальные симптомы менее чем в трети случаев – 27,0%. В 30,5% имело место практически бессимптомное течение, и перфорация тонкой кишки выявлялась во время программированной релапаротомии.

Ультразвуковое исследование является малоинформативным. В диагностике острых перфоративных язв тонкой кишки наиболее ценным неинвазивным методом следует признать КТ.

Высокую опасность такое осложнение представляет и с точки зрения развития абдоминального сепсиса, который диагностирован у 76,8% больных.

Подводя итог, можно констатировать, что острые перфоративные язвы тонкой кишки являются крайне неблагоприятным осложнением послеоперационного периода. Трудность их инструментальной диагностики и стертость клинической картины, высокая летальность требуют особого внимания и настороженности хирургов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Вишневецкая А.Н., Стегний К.В., Раповка В.Г. Лапароскопия в диагностике и лечении послеоперационного перитонита // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2011. – №1. – С. 34–36. [Vishnevskaya AN, Stegnyy KV, Rapovka VG. Laparoscopy in diagnosing and treating post-operative peritonitis. Pacific medical journal. 2011;(1):34–36. (In Russ).]
2. Волков В.Е., Волков С.В. Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // Вестник Чувашского Университета. – 2005. – №2. – С. 50–56. [Volkov VE, Volkov SV. Erozivno-yazvennye porazheniya zhudochno-kishechnogo trakta v ranem posleoperatsionnom periode. Vestnik Chuvashskogo Universiteta. 2005;(2):50–56. (In Russ).]
3. Гольбрайх В.А., Маскин С.С., Бобырин А.В., и др. Острые перфоративные язвы тонкой кишки у больных с распространенным гнойным перитонитом // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – №5. – С. 51–53. [Golbraikh VA, Maskin SS, Bobyrin AV, et al. Ostrye perforativnye yazy tonkoi kishki u bol'nykh s rasprostranennym gnoynym peritonitom. Bulletin of Experimental and Clinical Surgery 2012;(5):51–53. (In Russ).]
4. Жариков А.Н., Лубянский В.Г. Хирургическое лечение осложнений после операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости // Медицина и образование в Сибири. – 2014. – №4. – С. 35. [Zharikov AN, Lubyansky VG. Surgical treatment of postoperative complications concerning acute adherent intestinal obstruction. Meditsina i obrazovanie v Sibiri. 2014;(4):35. (In Russ).]
5. Кригер А.Г., Шуркалин Б.К., Глушков П.С., Андрейцев И.Л. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2003. – №8. – С. 19–23. [Kriger AG, Shurkalin BK, Glushkov PS, Andreitsev IL. Diagnostika i lechenie posleoperatsionnykh vnutribryushnykh oslozhnenii. Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2003;8:19–23. (In Russ).]
6. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Маркулан Л.Ю., Горшевикова Э.В. Тактика хирургического лечения послеоперационного разлитого гнойного перитонита // Клиническая хирургия. – 1996. – №2–3. – С. 49–50. [Saenko VF, Belyanskiy LS, Markulan LYu, Gorshevikova EV. Taktika khirurgicheskogo lecheniya posleoperatsionnogo razlitogo gnoynogo peritonita. Klinicheskaya khirurgiya. 1996;(2–3):49–50. (In Russ).]
7. Соболев В.Е. Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2007. – Т.166. – №2. – С. 110–113. [Sobolev VE. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie rannikh posleoperatsionnykh vnutribryushnykh oslozhnenii. Vestn Khir Im I I Grek. 2007;166(2):110–113. (In Russ).]
8. Томнюк Н.Д., Здзитовецкий Д.Э., Данилина Е.П., и др. Наиболее частые осложнения в абдоминальной хирургии // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – №2. – С. 100–102. [Tomnyuk ND, Zdzitovetsky DE, Danilina HP, et al. Small intestine carcinoid as a cause of acute intestinal obstruction. Siberian medical review. 2013;(2):100–102. (In Russ).]
9. Besignor T, Lefevre JH, Creavin B, et al. Postoperative peritonitis after digestive tract surgery: surgical management and risk factors for morbidity and mortality, a cohort of 191 patients. World J Surg. 2018;42(11):3589–3598. doi: 10.1007/s00268-018-4687-6.
10. Kirshtein B, Roy-Shapira A, Domchik S, et al. Early relaparoscopy for management of suspected postoperative complications. J Gastrointest Surg. 2008;12(7):1257–1262. doi: 10.1007/s11605-008-0515-x.
11. Martínez-Casas I, Sancho JJ, Nve E, et al. Preoperative risk factors for mortality after relaparotomy: analysis of 254 patients. Langenbecks Arch Surg. 2010;395(5):527–534. doi: 10.1007/s00423-009-0538-0.
12. Mulier S, Penninckx F, Verwaest C, et al. Factors affecting mortality in generalized postoperative peritonitis: multivariate analysis in 96 patients. World J Surg. 2003;27(4):379–384. doi: 10.1007/s00268-002-6705-x.
13. Riché FC, Dray X, Laisné MJ, et al. Factors associated with septic shock and mortality in generalized peritonitis: comparison between community-acquired and postoperative peritonitis. Crit Care. 2009;13(3):R99. doi: 10.1186/cc7931.