

УДК 616.342-007.251-002.44-06:616.346.2-002.4-002.1-06

© А.В. Капшитарь, 2012.

РЕДКОЕ СОЧЕТАНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ОСТРОГО ГАНГРЕНОЗ- НОГО АППЕНДИЦИТА

А.В. Капшитарь*Запорожский государственный медицинский университет, КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья.*

A RARE COMBINATION OF PERFORATED DUODENAL ULCER AND ACUTE GANGRENOUS APPENDICITIS

A.V. Kapshytar**SUMMARY**

A rare combination of perforated duodenal ulcer (PDU) and acute gangrenous appendicitis (AGA), which accounted for 0.8% of 132 patients with perforated gastroduodenal ulcer, has been operated in clinic over the past 10 years. Hospitalized with a diagnosis of "Perforated duodenal ulcer? Acute pancreatitis?" Indications for surgery were based on the Heneltd test results. Laparotomy showed PDU and AGA. Excision of PDU was performed with pyloroplasty by Judd-Horsley method, and vagotomy was done by Bourque method, with use of the nasoejunal probe and appendectomy.

РІДКІСНЕ СПОЛУЧЕННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВЕНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ТА ГОСТРОГО ГАНГРЕНОЗНОГО АПЕНДИЦИТУ

О.В. Капшитар**РЕЗЮМЕ**

Представлене досить рідкісне сполучення перфоративної виразки дванадцятипалої кишки (ПВДПК) та гострого гангренозного апендициту (ГГА), що склало 0,8% із 132 пацієнтів з перфоративною гастроуденальною виразкою, оперованих у клініці за останні 10 років. Шпиталізований з діагнозом «Перфоративна виразка шлунка? Гострий панкреатит?». Показання до операції встановлені за результатами проби Хенельдта. На лапаротомії діагностовано ПВДПК та ГГА. Висічення ПВДПК з пілоропластиком за Джаддом-Хорслі і ваготомія за Бурже, назо-юнальний зонд, апендектомія.

Ключевые слова: сочетанные заболевания, перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, острый гангренозный аппендицит.

Симультанные операции (СО) – это операции, одновременно производимые на двух или более органах брюшной полости по поводу разных, не связанных между собой, заболеваний [6]. По данным ВОЗ, сочетанная хирургическая патология имеется у 20 – 30% пациентов хирургического профиля [3]. Диагностика и дифференциальная диагностика сочетанных заболеваний остаётся достаточно сложной задачей [4, 5, 6]. У ряда больных хирург сталкивается с ситуацией, когда во время ревизии органов брюшной полости и малого таза он диагностирует несколько острых хирургических заболеваний или сочетание последних с острыми гинекологическими заболеваниями, требующих их незамедлительного устранения и являющихся абсолютным показанием к выполнению СО [4, 6, 7]. По данным некоторых авторов, частота СО в неотложной хирургии колеблется от 1,8 до 20% [2, 6, 7]. Публикации немногочисленны [1-7].

В доступной литературе мы не обнаружили данных о редком сочетании перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) с острым гангренозным аппендицитом, что явилось побудительным мотивом для данной публикации. В клинике из 132

оперированных пациентов с перфоративной гастроуденальной язвой за последние 10 лет данное сочетание имело место у одного больного (0,8%). Приводим клиническое наблюдение.

Пациент Г., 68 лет, госпитализирован в клинику общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ 19.08.2011 г. в 10-00 с жалобами на постоянные боли в подложечной области, тошноту, сухость во рту. Заболел внезапно 20 часов назад, с появления острой боли в подложечной области, которая с течением времени уменьшилась, но присоединилась тошнота, дважды рвота и сухость во рту. Доставлен в состоянии средней тяжести с диагнозом «Обострение язвенной болезни. Острый панкреатит». Пульс 98 ударов в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Температура тела 37,0 °С. Кожные покровы обычной окраски. Язык суховат. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. При пальпации живот умеренно болезнен и напряжён в подложечной области с положительным симптомом Щёткина, мягкий и менее болезнен в правой подвздошной области. Перистальтика кишечника удовлетворительная. Стул и диурез не нарушены. ЭР. $4,2 \times 10^{12}$ /л. ГБ. 130 г/л. Л. $9,2 \times 10^9$ /л. э-1%, п-

17%, с-54%, л-10%, м-16%. СОЭ 14 мм/час. Общий анализ мочи без изменений. Диастаза мочи 32 ед. Диагноз: «Перфоративная язва желудка? Острый панкреатит?» Обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей: патологии нет. ФГДС: по передне-медиальной стенке луковицы ДПК ниша 5x5 мм, края инфильтрованы, гиперемированы, точечные кровоизлияния. Заключение: Обострение язвенной болезни ДПК. Хроническая язва ДПК. Проба Хенельдта: газ под правым куполом диафрагмы. Неотложная верхняя срединная лапаротомия. Выпота нет. Отечная прядь большого сальника рыхло прикрывает ДПК. После отделения последней обнаружена на передне-медиальной стенке луковицы ДПК хроническая язва 1x1 см с перфоративным отверстием 2x2 мм. Мобилизована ДПК по Кохеру. Иссечена перфоративная язва ДПК, пилоропластика по Джадду-Хорсли и ваготомия по Бурже. Установлен назоеюнальный зонд для энтерального зондового питания. При последующей ревизии обнаружен отёчный, гиперемированный, напряжённый червеобразный отросток длиной 8 см, чёрная верхушка которого фиксирована к брюшине полости малого таза около правого яичника. Типичная аппендэктомия с погружением культи червеобразного отростка в кисетный и Z-образный швы. Подпечёночное пространство и полость малого таза дренированы. Брюшная полость послойно ушита. Послеоперационный диагноз «Перфоративная хроническая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, прикрытая большим сальником. Острый гангренозный аппендицит».

Послеоперационное течение гладкое. Восстановлена функция внешнего дыхания и желудочно-кишечного тракта. Дренажи из брюшной полости удалены на 4-е сутки, назоеюнальный зонд – на 5-е сутки. Швы сняты на 11 сутки. Рана зажила первичным натяжением. Гистологическое заключение: хрони-

ческая язва ДПК с перфорацией, острый гангренозный аппендицит с гнойным периаппендицитом. В удовлетворительном состоянии 31.08.2011 г. выписан для окончания лечения у хирурга поликлиники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Випадок успішного одномоментного хірургічного лікування защемленої пупкової грижі, тубооваріального абсцесу та гнійного обструктивного пієлонефриту / І. Г. Криворчук, С. М. Валуш, Н. І. Штипук, Є. С. Заводовський // Хірургія України. – 2011. – № 4. – С. 115 – 118.

2. Лапароскопічна та традиційна холецистектомія і симультанні операції на органах черевної порожнини / М. Д. Васильок, А. Г. Шевчук, Я. І. Козань [та ін.] // Сучасні медичні технології. – 2011. – № 3-4. – С. 52 – 55.

3. Леонов В. В. Малоинвазивные методы лечения больных с сочетанной хирургической патологией / В. В. Леонов, З. С. Мехтиханов // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 4. – С. 29.

4. Маховский В. З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии / В. З. Маховский. – Изд-е 2-е, испр. и доп. – Ставрополь, 2006. – 240 с.

5. Одномоментные сочетанные операции при желчнокаменной болезни и результаты её хирургического лечения / В. З. Маховский, Б. Т. Ованесов, В. В. Маховский [и др.] // Хирургия. – 2006. – № 5. – С. 18 – 22.

6. Опыт выполнения симультанных операций в неотложной хирургии / В. Н. Ситников, В. А. Бондаренко, М. В. Турбин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 1. – С. 74.

7. Симультанные операции у больных холециститом / С. А. Гешелин, М. А. Каштальян, И. В. Гладчук [и др.] // Український журнал хірургії. – 2008. – № 2. – С. 60 – 63.