ОСТРАЯ ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТА С АНАЭРОБНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ (клинические наблюдения)

Семионкин Е.И.¹, Хубезов Д.А.¹, Трушин С.Н.¹,
Луканин Р.В.², Серебрянский П.В.², Юдина Е.А.²

¹ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский институт
им. академика И.П.Павлова», г. Рязань
(ректор – профессор, д.м.н. Р.Е.Калинин)

² ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань
(главный врач – д.м.н. Д.А.Хубезов)

*[Ключевые слова: анаэробный парапроктит, язва желудка, перфорация желудка,
медикаментозная гастропатия, стрессовые язвы, нестероидные противовоспалительные препараты]*

ACUTE PERFORATING ULCER OF THE STOMACH IN THE PATIENT WITH ANAEROBIC PARAPROCTITIS

Semionkin E.I.¹, Khubezov D.A.¹, Trushin S.N.¹, Lukanin R.V.², Serebryanky P.V.², Judina E.A.²
SBEE HPE «Ryazan State Medical University named after Academician I.P.Pavlov», Ryazan, Russia
SBE RR «Regional Clinical Hospital», Ryazan, Russia

*[Key words: anaerobic paraproctitis, gastric ulcer, gastric perforating,
drug gastropathy, stress ulcers, nonsteroidal anti-inflammatory drugs]*

*Адрес для переписки: Семионкин Евгений Иванович, ФГБОУ ВО РязГМУ им. акад. И.П.Павлова МЗ РФ,
ул. Высоковольтная, д. 9, Рязань, 390026; тел.: +7 (953) 739-25-02; e-mail: semionkin@list.ru*

ВВЕДЕНИЕ

Острые гастродуоденальные язвы, осложненные перфорацией или кровотечением, могут быть при многих заболеваниях и травмах. Они образуются в результате гастропатии с повреждением слизистой желудочно-кишечного тракта при применении фармакопрепаратов, обладающих ulcerогенным действием или имеют стрессовый характер.

Проблема является актуальной, учитывая серьезность и опасность данных осложнений, с высоким процентом летальности [1,2]. Это требует комплексного подхода к профилактике острых гастродуоденальных язв [3-7].

В работе представлен клинический случай успешного хирургического лечения острой перфоративной язвы желудка, возникшей вследствие медикаментозной гастропатии и стресса у пациента с анаэробным парапроктитом.

Клинический случай.

Пациент, 55 лет, поступил 19.05.2016 г. в колопрок-

тологическое отделение ГБУ «Рязанская областная клиническая больница» с диагнозом: острый анаэробный парапроктит. Предъявлял жалобы на боли в заднем проходе, повышение температуры тела до 38,5°C, недомогание. Болен в течение месяца, когда появились боли в промежности, затем вскрылся гнойник и появились гнойные выделения из прямой кишки. Пациент самостоятельно в течение недели до госпитализации принимал ежедневно кеторолак и кетопрофен в максимальных суточных дозах без омепразола.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Язвенный анамнез отсутствует. Курильщик, выкуривает пачку сигарет с фильтром ежедневно.

При поступлении общее состояние средней тяжести. Имеется инфильтрат на всю промежность с переходом на паховые складки, мошонка отечна, гиперемирована с участками некроза. В общем анализе крови анемия (эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$), СОЭ 52 мм/час, лейкоцитоз – $21,9 \times 10^9$.

19.05.2016 г. проведена экстренная операция: под наркозом вскрыт парапроктит, отдельными разрезами вскрыты гнойные затеки на ягодице, у корня мошонки, на правом бедре. Выполнены некрэктомия, дренирование ран с последующими перевязками с йодопионом (Рис. 1, 2).

После операции назначены ненаркотические анальгетики, цефтриаксон, метрагил, дезинтоксикационная терапия.

20.05.2016 г. в первые сутки после операции во время утреннего обхода у пациента отмечены сильные боли в животе, живот напряжен, болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины – Раздольского, Щеткина-Блюмберга. На УЗИ органов брюшной полости по правому фланку и под печенью выявлены полоски жидкости с перегородками до 17 мм и свободный газ. В нижних отделах живота имелись полоски неоднородной жидкости. Заподозрена перфоративная язва желудка или 12-перстной кишки, пациент экстренно проопери-

рован. Проведена срединная лапаротомия, выявлена перфоративная язва на передней стенке привратника желудка диаметром до 5 мм с мягкими краями, серозный выпот в малом тазу с примесью желчи, фибрина. Выполнено ушивание перфоративного отверстия однорядным швом викрилом в поперечном направлении с подшиванием пряди большого сальника (Рис. 3, 4), поставлены дренажи под диафрагму, в правое подпеченочное пространство и малый таз.

Послеоперационный период протекал без особенностей, дренажи удалены из брюшной полости на 3 сутки, швы сняты на 12 суток – заживление первичное. Проводилась противоязвенная терапия, перевязки ран с йодопионом. 08.06.2016 г. проведена операция аутодермопластика по поводу незажившей раны бедра. Через 3 недели после аутодермопластики пациент был выписан в удовлетворительном состоянии. Жалоб не предъявлял, наблюдалось полное приживление лоскута (Рис. 5).

Рисунок 1. Фотография – вид ран во время операции

Рисунок 2. Фотография – вид ран в процессе лечения

Рисунок 3. Фотография – перфоративная язва

Рисунок 4. Фотография – перфоративная язва после ушивания

Пациент осмотрен через 6 месяцев после операции: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. От неоднократно предложенной эзофагогастроудоденоскопии или контрастной рентгеноскопии желудка и 12-перстной кишки категорически отказался.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данное наблюдение свидетельствует о том, что возможно сочетание таких патологических процессов как анаэробный парапроктит и острая перфоративная язва желудка. В доступной литературе описания подобных случаев мы не встретили.

Эрозивно-язвенные поражения желудка и кишечника являются следствием гастропатии при применении фармакопрепаратов, причем, основную массу их составляют НПВП, которые снижают защитный потенциал слизистой оболочки. Исходы воздействия их на верхние отделы желудочно-кишечного тракта могут быть драматичными, включая кровотечение и перфорацию [1,2], причем, общая летальность при возникновении кровотечения или перфорации НПВП-индуцированных язв достигает 27-30% [1].

Уже через 7 суток НПВП способны вызывать формирование эрозий и язв на фоне изначально интактной слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. К факторам риска развития гастропатии относят применение препаратов в максимально допустимой дозировке, сочетанный прием двух и более препаратов. Наличие хотя бы одного фактора риска развития гастропатии определяет

невозможность даже краткосрочной (не более 7 суток) терапии традиционными НПВП и требует применения безопасных в отношении слизистой оболочки пищеварительного тракта селективных ингибиторов циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) – коксибов [1]. У пациентов, принимавших НПВП, с имеющимися в анамнезе желудочно-кишечными заболеваниями, клинико-эндоскопические признаки более выражены [8].

Причиной образования стрессовых язв является ишемия слизистой оболочки желудка и кишечника и усиление факторов агрессии с выбросом в кровь глюкокортикоидов и катехоламинов, которые стимулируют выброс соляной кислоты и уменьшают продукцию желудочной слизи, а так же нервно-психический фактор [9,10]. Стрессовые язвы, осложненные перфорацией или кровотечением, относятся к тяжелым осложнениям при многих заболеваниях и травмах [9-12].

Медикаментозная гастропатия в нашем случае была обусловлена несколькими факторами риска, такими, как прием двух нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), максимальные дозы их, курение. Причиной стресса были тяжелая хирургическая патология, наркоз, операция.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное наблюдение свидетельствует о возможности возникновения острой гастродуоденальной язвы у больных с анаэробным парапроктитом. У пациента можно рассматривать двоякий механизм образования острой язвы желудка. Первый – наличие медикаментозной гастропатии, второй – стресс. Нежелательная реакция на ЖКТ могла быть вызвана так же взаимодействием НПВС с противомикробными препаратами, так как известно, что эти реакции чаще бывают в виде осложнений со стороны системы кроветворения, ЦНС и желудочно-кишечного тракта [13].

Клинический случай подтверждает необходимость назначения пациентам с риском гастропатии от НПВП и стресса блокаторов протонной помпы или блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов, причем, блокаторы протонной помпы считаются более эффективными, чем блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов [3-7].

ЛИТЕРАТУРА

1. Евсеев, М.А. Алгоритмы безопасной терапии нестероидными противовоспалительными препаратами / М.А.Евсеев // CONSILIUM MEDICUM. –

Рисунок 5. Фотография – рана бедра после пересадки кожи. Полное приживление лоскута

2008. – т. 10. – № 7. – с. 148-153.

2. Лапина, Т.Л. Лечение и профилактика гастропатий, индуцированных нестероидными противовоспалительными средствами, в практике терапевта / Т.Л.Лапина // Российский журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2009. – № 4. – с. 13-18.

3. Каратеев, А.Е. Развитие и рецидивирование язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты: влияние стандартных факторов риска / А.Е.Каратеев, В.А.Насонова // Терапевтический архив. – 2008. – т. 80. – № 5. – с. 62-66.

4. Tamura, A. Prevalence of gastroduodenal ulcers/ erosions in patients taking low-dose aspirin with either 15 mg/ day of lansoprazole or 40 mg/ day of famotidine: the OITA-GF study 2. / A.Tamura, K.Murakami, J.Kadota // BMC Res. Notes. – 2013. № 6. – p. 116.

5. Faust, A.C. Prophylactic Acid-Suppressive Therapy in Hospitalized Adults: Indications, Benefits, and Infectious Complications / A.C.Faust et al. // Crit Care Nurse. – 2017. – v. 37. – № 3. – p. 18-29.

6. Cohen, M.E. Prophylaxis for Stress Ulcers With Proton Pump Inhibitors Is Not Associated With Increased Risk of Bloodstream Infections in the Intensive Care Unit / M.E.Cohen et al. // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2017. – Jan 18. – pii: S1542-3565 (17) 30048-4. [Epub ahead of print]

7. Alhazzani, W. Re-evaluating the Inhibition of Stress Erosions (REVISE): a protocol for pilot randomized

controlled trial / W.Alhazzani et al. // Ann. Saudi Med. – 2016. – v. 36. – № 6. – p. 427-433.

8. Орзиев, З.М. Особенности клинико-эндоскопических проявлений гастродуоденопатий индуцированных приемом нестероидных противовоспалительных средств / З.М.Орзиев, Н.Ш.Исамайдинова, Н.О.Гиёсова // «Наука молодых» Eruditio Juvenium. – 2016. – № 1. – с. 64-67.

9. Васильев, Ю.В. Терапия и профилактика эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциируемых со стрессовыми ситуациями / Ю.В.Васильев // Рус. мед. журн. – 2010. – т. 18. – № 28. – с. 1728-1731.

10. Оморев, Р.А. Осложнение стрессовых язв желудка, как причина смерти / Р.А.Оморев, А.А.Абдиев, С.А.Айтбаев // Известия вузов Кыргызстана. – 2015. – № 4. – с. 59-61.

11. Spirt, M.Y. Stress-related mucosal disease: risk factors and prophylactic therapy / M.Y.Spirt // Clin. Ther. – 2004. – v. 262. – № 4 – p. 197-213.

12. Krag, M. Stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit trial: detailed statistical analysis plan. / M.Krag, A.Perner, J.Wetterslev et al. // Acta Anaesthesiol Scand. – 2017. – Jun 12. doi: 10.1111/aas.12917. [Epub ahead of print]

13. Казаков, А.С. Осложнения фармакотерапии, связанные с взаимодействием лекарственных средств // А.С.Казаков, В.К.Лепахин, А.В.Астахов // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П.Павлова. – 2013. – № 21 (3) – с. 70-76.