

УДК 616-089.888.61:616.342-007.251-036

М.К. Чекан *,
Т.О. Лоскутова,
О.В. Фомичова *

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З ПЕРФОРАЦІЄЮ У ПОРОДІЛЛІ ПІСЛЯ ПЛАНОВОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра акушерства та гінекології
(зав. – д. мед. н., проф. В.О. Потапов)
вул. Дзержинського, 9, Дніпро, 49044, Україна
КЗ «Дніпропетровський спеціалізований клінічний центр
матері та дитини ім. проф. М.Ф.Руднева» ДОР» *
пологове відділення
(гол. лікар – д. мед. н., І.О. Македонський)
пр. Пушкіна, 26, Дніпро, 49006, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of Obstetrics and Gynecology
Dzerzhinsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: loskutovata@gmail.com
CI «Dnipropetrovsk Specialized Clinical Center
of Mother and Child named after Prof. M.F. Rudnyev» DRC» *
Maternity unit
Pushkin Av., 26, Dnipro, 49006, Ukraine
e-mail: checkanmk@gmail.com

Ключові слова: вагітність, пологи, кесарів розтин, виразкова хвороба, дванадцятипала кишка, перфорація
Key words: pregnancy, childbirth, cesarean section, peptic ulcer, duodenum, perforation

Реферат. Клинический случай язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с перфорацией у роженицы после планового кесаревого сечения. Чекан М.К., Лоскутова Т.А., Фомичова Е.В. Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки с перфорацией - тяжелое, угрожающее смертью осложнение язвенной болезни, особенно у беременных или в послеродовом периоде. Возникновение данного осложнения в послеродовом периоде является частой причиной поздней постановки диагноза, запоздалого хирургического лечения и неблагоприятного исхода для пациентки. Существует несколько проблем, способствующих поздней диагностике прободной язвы: редкость заболевания, трудности в выявлении типичных признаков, ригидность мышц передней брюшной стенки и определения локализации боли в животе из-за растяжения брюшной стенки беременной маткой, болевой синдром вследствие кесарева сечения, отсутствие соответствующего язвенного анамнеза, молодой возраст больных, необычное течение заболевания. Жалобы и клинические проявления часто расцениваются врачами как осложнения проведенной акушерской операции, что ведет к поздней диагностике. В статье приведено описание клинического случая язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с перфорацией, которая возникла на вторые сутки после планового кесарева сечения, как редкого, но угрожающего жизни женщины осложнения. Пациентке была выполнена верхне-срединная лапаротомия с ушиванием перфорационного отверстия и дренированием брюшной полости. Следует отметить, что, несмотря на то, что осложнения язвенной болезни – редкое явление среди рожениц, следует при сборе анамнеза особое внимание обращать на информацию, которая может свидетельствовать о наличии нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. В случаях неблагоприятного течения послеоперационного периода после абдоминальных родов не следует исключать возможность развития острой хирургической патологии.

Abstract. Clinical case of duodenal ulcer with perforation in a woman after a planned cesarean section. Chekan M.K., Loskutova T.A., Fomicheva Ye.V. Gastric or duodenal ulcer with perforation - a heavy, death threatening, complication of peptic ulcer disease, especially in pregnant or postpartum. The occurrence of this complication in the postpartum period is a common cause of late diagnosis, delayed surgical treatment and poor outcome for the patient. There are several problems that contribute to the late diagnosis of perforated ulcer: rare incidence, difficulty in identifying common signs, stiff muscles of the anterior abdominal wall and localization of pain in the stomach due to abdominal extension by a pregnant uterus, pain due to caesarean section, absence of ulcer history, the young age of patients, an unusual course of the disease. Complaints and clinical presentation are often regarded by physicians as complications of carried out obstetric surgery, which leads to late diagnosis. The paper describes a clinical case of duodenal ulcer with perforation, which occurred on the second day after a planned caesarean section, as a rare but life

threatening complications. The patient underwent laparotomy with suturing of the perforation and drainage of the abdominal cavity. It should be noted that, despite the fact that complications of peptic ulcer disease is a rare phenomenon among women in labor, it should be in anamnesis taking to pay special attention to information that may indicate the presence of disorders of the diseases of gastrointestinal tract. In case of unfavorable postoperative course after abdominal labor an acute surgical pathology should not be excluded.

Останнім часом спостерігається зростання захворюваності на виразкову хворобу (ВХ) в жінок. Це зростання зумовлене насамперед збільшенням стресових впливів, зростаючою частотою сімейної невлаштованості, соціальної активності жінок. Значення нервово-психічних чинників походження ВХ у жінок є більш високим, ніж у чоловіків [2].

Виразкова хвороба шлунка або дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) з перфорацією – тяжке, загрожуюче смертю ускладнення виразкової хвороби, яке призводить до виникнення з'єднання між просвітом шлунково-кишкового тракту і черевної порожнини. В результаті цього, під впливом хімічних, фізичних і бактеріальних подразників, розвивається перитоніт. Перфорація може виникнути як на тлі гострої виразки, так і стати ускладненням довгострокової виразкової хвороби.

ВХ більше притаманна чоловікам, жінки хворіють у 3-10 разів рідше. Ще рідше ВХ загострюється під час вагітності, а тим більше ускладнюється перфорацією. Встановлено, що у 80–85% жінок під час вагітності спостерігається ремісія ВХ, і захворювання істотно не впливає на результат вагітності, а розвиток гострих виразок при вагітності зустрічається вкрай рідко [2]. Цей факт пояснюється благотворним впливом вагітності на перебіг захворювання. У вагітних відбувається зниження вироблення соляної кислоти, збільшується слизоутворення, змінюється гормональний фон (гіперпродукція статевих гормонів посилює регенераторні процеси в органах травлення, поліпшується їх кровопостачання), спостерігається гіпотонія внутрішніх органів і зниження частоти спастичних станів.

Згідно з літературними даними, ВХ ДПК з перфорацією – досить рідкісне явище під час вагітності і в післяпологовому періоді. Вперше подібний випадок був описаний G. W Anderson у 1942 році [3]. У 29-річної жінки через кілька годин після закінчення пологів виник різкий абдомінальний біль. Згодом вона померла від септичного шоку, який був зумовлений перфорацією виразки 12-палої кишки. У 1962 році Paul et all. [6] описав 14 випадків перфоративної виразки 12-палої кишки, асоційованих з вагітністю, 100% з яких закінчилися летальним результатом.

Згідно з [4], ВХ ДПК з перфорацією однаково часто зустрічається як після вагінальних пологів, так і після абдомінальних. Після кесаревого розтину перфорація зазвичай виникає протягом перших кількох днів [5, 7]. ВХ ДПК з перфорацією в післяпологовому періоді є частою причиною як пізньої постановки діагнозу, так і запізненого хірургічного лікування. Існує кілька проблем у діагностиці перфоративної виразки в жінок після кесаревого розтину. По-перше: в ранньому післяопераційному періоді абдомінальні симптоми можуть інтерпретуватися як наслідки кесаревого розтину. Встановлено, що неспецифічний абдомінальний біль має місце в 98% і 92% першо- і повторнонароджуючих відповідно [4]. По-друге: пізня діагностика перфорації виразки зумовлена тим, що причину абдомінального болю пов'язують з типовими акушерськими ускладненнями після кесаревого розтину. Найбільш частим можливим діагнозом є кишкова непрохідність і післяпологовий сепсис. По-третє: у 60% пацієнток пневмоперитонеум зберігається протягом 1-24 днів після пологів, що значно ускладнює діагностику [4] ВХ, оскільки рентгенологічний метод є одним з основних у діагностиці перфоративної виразки. Крім того, клінічні прояви ВХ з перфорацією в післяпологовому періоді мають деякі особливості. Н.А. Гайструк [1] описав особливості перфорації виразки шлунка та ДПК у післяпологовий період: симптоми хвороби не виражені, діагностика вкрай утруднена. Початок захворювання менше клінічно виражений і не супроводжується «кінджальним» болем. Через надмірне розтягнення передньої черевної стінки напруження м'язів нечітке, симптоми подразнення очеревини важко визначаються [1,2].

Таким чином, фактори, що сприяють пізній діагностиці перфорованої виразки ДПК, включають: рідкість захворювання, труднощі у виявленні типових ознак, ригідність м'язів передньої черевної стінки і визначення локалізації болю в животі через розтягнення черевної стінки вагітною маткою, відсутність відповідного виразкового анамнезу, молодий вік хворих, незвичайний перебіг захворювання [1,8].

Відомо, що ризик летального результату при перфорації виразки подвоюється кожні 6 годин з моменту перфорації, а через 24 години досягає

60%. Основною причиною загибелі пацієнток є сепсис [2]. Материнська смертність досягає 16%, а перинатальна – 10% [2]. Лікування ВХ ДПК з перфорацією хірургічне, проводиться лапаротомія з ушиванням перфоративного отвору, санацією та дренажуванням черевної порожнини. Прогноз сприятливий у разі ранньої діагностики та своєчасного оперативного лікування до моменту розвитку розлитого перитоніту.

Метою цієї статті є опис клінічного випадку виразкової хвороби дванадцятипалої кишки з перфорацією як рідкісного, але загрозливого життю жінки ускладнення.

Клінічний випадок. Хвора К., 18 років, 11.01.2016 надійшла до пологового відділення Дніпропетровського спеціалізованого клінічного медичного центру матері та дитини (ДСКМЦМР) ім. проф. М.Ф. Руднева для планового кесаревого розтину з приводу вродженої вади розвитку (ВВР) плода - гастрошизис. З приводу цієї вагітності спостерігалась з 18 тижнів у ЦРЛ смт. Синельникове Дніпропетровської області. В анамнезі захворювань шлунково-кишкового тракту не встановлено, але при бесіді з пацієнткою і її родичами було встановлено, що протягом 2 років і під час вагітності пацієнтку турбували болі в ділянці шлунка, проте додатково не обстежувалась, до лікаря-гастроентеролога не зверталася. Мало місто постійне нерациональне харчування (чіпси, солоні горішки, сухарики). З сімейного анамнезу відомо, що в бабусі пацієнтки друга вагітність ускладнилася розвитком ВВР плода (гастрошизис). Ця вагітність у пацієнтки перша. Діагноз ВВР плода, гастрошизис встановлений у терміні 17-18 тижнів у Криворізькому спеціалізованому міжобласному центрі медичної генетики та пренатальної діагностики. У цьому ж терміні був проведений пренатальний консилиум, згідно з яким прогноз був визначений як умовно сприятливий за умови розродження шляхом операції кесаревого розтину в пологовому відділенні ДСКМЦМР. Перебіг вагітності ускладнився гострим трахеобронхітом у терміні 26-28 тижнів, з приводу чого перебувала на стаціонарному лікуванні в пологовому відділенні ДСКМЦМР.

До операції кесаревого розтину пацієнтка була повністю обстежена згідно з вимогами наказу МОЗ України № 977 від 27.12.11 «Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин». Плановий кесарів розтин проводився в терміні 38 тижнів комплексною бригадою за участю акушерів-гінекологів та дитячих хірургів. 12.01.2016 о 12.16 народилася дівчинка вагою 2

400 г, зростом 48 см. Оцінка стану новонародженої за шкалою Апгар - 7-8 балів. У новонародженої встановлено наявність дефекту передньої черевної стінки, з евентерацією близько 15 см товстого і 20 см тонкого кишечника плоду. Відразу після вилучення дитина була переведена в хірургічне відділення медичного закладу та прооперована у віці 1 день. Була проведена операція одномоментної ліквідації гастрошизису з успішним результатом.

Кесарів розтин проводився на тлі спінальної анестезії. Доступ через розріз передньої черевної стінки по Пфанненштилю. Кесарів розтин за методом Гусакова без особливостей. Тривалість операції 42 хв. З операційної пацієнтка К. переведена у відділення інтенсивної терапії, а наступного дня в післяпологову палату пологового відділення.

Перша доба післяопераційного періоду перебігала без особливостей. Стан відповідав тяжкості перенесеного хірургічного втручання. Пацієнтка була активна, ходила, пила воду, приймала їжу (кефір, печені яблука, нежирний курячий бульйон). Лабораторні показники (загальний аналіз крові, коагулограма, нирково-печінковий комплекс, загальний аналіз сечі) без патологічних відхилень.

14.01.2016 (на другу добу після операції) о 13.00 пацієнтка поскаржилася на різкий біль в епігастральній ділянці, загальну слабкість. Гемодинаміка була стабільна. Артеріальний тиск - 120/80 мм рт. ст. на обох руках, пульс - 82 удари на хвилину. Температура тіла - 36,8°C. Частота дихання 20 в хвилину. При огляді живота симптомів подразнення очеревини не виявлено. Аускультативно - млява кишкова перистальтика. Призначено загальноклінічні аналізи крові й сечі, оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, ЕКГ, консультація хірурга і терапевта. Очевидно, що саме в цей момент відбулась перфорація виразки. Стан пацієнтки стрімко погіршувався. Біль поширився по всьому животу, мав постійний характер, був більш виражений у верхніх відділах черевної порожнини з іррадіацією в праву ключицю. Пацієнтка намагалася прийняти вимушене положення тіла для полегшення свого стану, була неспокійна. При огляді органів черевної порожнини: живіт симетричний, м'який, обмежено бере участь в акті дихання, симптоми подразнення очеревини сумнівні. Симптоми Валя і Склярова негативні. При перкусії помірний тимпаніт у ділянці кишківника, в пологих місцях притуплення перкуторного звуку. Аускультативно - мляві кишкові шуми. При

півховому дослідженні визначалась хворобливність заднього склепіння піхви. На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини виявлено повітря в черевній порожнині у вигляді „серпа” під куполом діафрагми, пневматоз тонкої і товстої кишки, що свідчило про наявність гострої хірургічної патології шлунково-кишкового тракту.

Дані лабораторних досліджень від 14.01.2016 о 14.00. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 164 г/л; еритроцити - $5,01 \cdot 10^{12}$ /л; лейкоцити - $5,75 \cdot 10^9$ /л; тромбоцити – $335 \cdot 10^9$ /л; метамієлоцити - 2%; паличкоядерні нейтрофіли - 33%; сегментоядерні нейтрофіли - 49%; еозинофіли - 1%; лімфоцити - 13%; моноцити - 2%. Коагулограма: протромбіновий час - 10,4 с; протромбін по Квіку - 108,2%; МНО - 0,84; тромбіновий час - 11,2 с; АЧТГ - 28,3 с; фібриноген - 4,5 г/л. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний 11 мкмоль/л; білірубін прямий - 3 мкмоль/л; АЛТ - 0,6 ммоль/л; АСТ - 0,4 ммоль/л; креатинін – 93 мкмоль/л; загальний білок - 64 г/л., глюкоза - 3,0 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: білок - 0,099 г/л; питома вага – 1,010; епітелій плоский - 5-6 клітин в полі зору; лейкоцити - 7-8 клітин в полі зору; еритроцити свіжі - 6-7 клітин в полі зору, змінені - 9-10 клітин в полі зору. ЕКГ від 14.01.2016 о 14.00 - синусова тахікардія.

Пацієнтці встановлений діагноз: післяопераційний період 2 доба, перитоніт неясної етіології. Показано термінове оперативне лікування.

14.01.2016 о 16.35 проведена верхне-середина лапаротомія. При розтині черевної порожнини виділилося близько 500 мл фіброзно-гнійного випоту. При ревізії органів черевної порожнини виявлено перфоративний отвір у ділянці цибулини 12-палої кишки розміром 15 на 15 мм. Проведено ушивання перфоративного отвору 12-палої кишки під контролем введеного в просвіт кишки інтубаційного тонкокишкового зонда. Операція завершена санацією і широким дрена-

ванням черевної порожнини. Можна констатувати, що в цьому випадку пацієнтка була прооперована в першу, хімічну стадію перитоніту, який розвивається при перфорації виразки.

У післяопераційному періоді проводилася збалансована антибактеріальна, аналгетична, інфузійно-трансфузійна, реологічна і антипаретична терапія, профілактика тромбоемболічних ускладнень. Пацієнтка отримувала збалансоване парентеральне харчування на тлі противиразкового лікування. На 5 добу був видалений інтубаційний зонд, пацієнтка перейшла на ентеральне харчування. На 11 добу післяопераційного періоду пацієнтка виписана з пологового відділення в задовільному стані та з рекомендаціями амбулаторного лікування в гастроентеролога.

ВИСНОВКИ

1. Нами було проаналізовано клінічний випадок, який підтверджує думку різних авторів про атипичний перебіг перфорації дванадцятипалої кишки в післяпологовий період, особливо після кесаревого розтину. Слід враховувати той факт, що будь-яке оперативне втручання є стресовим фактором, здатним загострити патологічні процеси, що латентно перебігають в організмі вагітної.

2. Незважаючи на те, що ускладнення виразкової хвороби – рідкісне явище серед вагітних, слід при зборі анамнезу звертати особливу увагу на інформацію, яка може прямо або опосередковано свідчити про наявність у жінки морфо-функціональних порушень з боку шлунково-кишкового тракту. При наявності подібної інформації необхідно проявляти велику діагностичну настороженість у випадках несприятливого перебігу післяопераційного періоду, з огляду на можливість розвитку у пацієнтки гострої хірургічної патології з боку органів ЖКТ.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Клінічний випадок перфорації виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в пізній післяпологовий період / М.В. Макаренко, Д.О. Говсеєв, Р.В. Протас, Р.М. Ворона // Здоровье женщины. – 2015. – № 9 (105). – С. 52-54.

2. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. – изд. 3-е – Москва: Триада, 2005. – 816 с.

3. Anderson G.W. / Pregnancy complicated by acute perforated peptic ulcer / G.W. Anderson // Am. J. Obstet. Gynec. – 1942. – Vol. 43. – P. 883.

4. Augustin G. Acute abdomen during pregnancy / G. Augustin. – Switzerland: Springer Inter. Publishing, 2014. – 572 p.

5. Engmise S. Perforated duodenal ulcer in the puerperium / S. Engmise, A. Oshowo, A. Kyei-Mensah // Arch. Gynecol. Obstet. – 2009. – Vol. 279. – P. 407-709.

6. Paul M. Perforated peptic ulcer in pregnancy with survival of mother and child: case report and review of the literature / M. Paul, W.L. Tew, R.L. Holliday // Can. J. Surg. – 1976. – Vol. 19, N 5. – P. 427-429.

7. Perforation of duodenal ulcer in the purperium – a case report / E. Uchikova, A. Uchikov, R. Terzhumanov [et al.] // *Akush. Ginekol.* – 2004. – Vol. 43. – P. 53-54.
8. Spontaneous biliary tract perforations: an unusual

cause of peritonitis in pregnancy. Report of two cases and review of literature / N. Talwar, M. Andley, B. Ravi, A. Kumar // *World. J. Emerg. Surg.* - 2006. – P. 1-21 (doi: 10.1186/1749-7922-1-21).

REFERENCES

1. Makarenko MV, Govsev DO, Protas RV, Vorona RM. [Clinical case of perforation of duodenal ulcer in the late postpartum period]. *Zdorov'e zhenshchiny.* 2015;9(105):52-54. Ukrainian.
2. Shekhtman MM. [Guide on extragenital pathology in pregnant women]. 3rd ed. Moscow: Triada. 2005;816. Russian.
3. Anderson GW. Pregnancy complicated by acute perforated peptic ulcer. *Am J Obstet Gynec.* 1942;43:883.
4. Augustin G. Acute abdomen during pregnancy. *Springer.* 2014;572.
5. Engmise S, Oshowo A, Kyei-Mensah A. Perforated duodenal ulcer in the puerperium. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279:407-9.

6. Paul M, Tew WL, Holliday RL. Perforated peptic ulcer in pregnancy with survival of mother and child: case report and review of the literature. *Can. J of Surg.* 1976;19(5):427-9.
7. Uchikova E, Uchikov A, Terzhumanov R. Perforation of duodenal ulcer in the purperium – a case report. *Akush Ginekol.* 2004;43:53-54.
8. Talwar N, Andley M, Ravi B, Kumar A. Spontaneous biliary tract perforations: an unusual cause of peritonitis in pregnancy. Report of two cases and review of literature. *World J Emerg Surg.* 2006;1:21. (doi: 10.1186/1749-7922-1-21).

Стаття надійшла до редакції
07.10.2016

