



УДК 616.33/.34-001.17-06:616.341-002.54

**М.М. МИННУЛЛИН¹, И.В. ЗАЙНУЛЛИН¹, Р.А. ЗЕФИРОВ¹, А.А. ВАНЮШИН¹, К.А. МАЛЫКИН¹,
А.П. ТОЛСТИКОВ^{1,2}**

¹Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138

²Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49

Химический ожог уксусной кислотой верхних отделов желудочно-кишечного тракта с некрозом тощей кишки

Миннуллин Марсель Мансурович — кандидат медицинских наук, первый заместитель главного врача, тел. (843) 231-20-60, e-mail: Marsel.Mansurovich@tatar.ru

Зайнуллин Ильнур Васильевич — заведующий хирургическим отделением, тел. (843) 231-21-66, e-mail: abdominalsurgeryrcb@gmail.ru

Зефиров Руслан Андреевич — кандидат медицинских наук, врач-хирург, тел. (843) 231-21-66, e-mail: abdominalsurgeryrcb@gmail.ru

Ванюшин Александр Анатольевич — заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии № 1, тел. (843) 237-35-57, e-mail: abdominalsurgeryrcb@gmail.ru

Малыкин Кирилл Анатольевич — заведующий отделением анестезиологии № 1, тел. (843) 231-20-57, e-mail: abdominalsurgeryrcb@gmail.ru

Толстик Алексей Петрович — кандидат медицинских наук, врач-хирург, ассистент кафедры хирургических болезней № 1, тел. (843) 231-21-66, e-mail: abdominalsurgeryrcb@gmail.ru

В статье представлено клиническое наблюдение за пациентом с тяжелым химическим ожогом уксусной кислотой, осложненным тотальным некрозом тощей кишки, распространенным перитонитом, острой почечной недостаточностью. Представлены особенности наблюдения данного больного, оперативное лечение, послеоперационный период. В 2014 г. коллектив врачей РКБ МЗ РТ, участвовавших в лечении данного пациента, награжден премией «Призвание» лучшим врачам России в номинации «За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человека».

Ключевые слова: химический ожог, уксусная кислота, дуодено-илеоанастомоз.

M.M. MINNULLIN¹, I.V. ZAYNULLIN¹, R.A. ZEFIROV¹, A.A. VANYUSHIN¹, K.A. MALYKIN¹, A.P. TOLSTIKOV^{1,2}

¹Republican Clinical Hospital of the MH of RT, 138 Orenburgsky tract, Kazan, Russian Federation, 420064

²Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

Acetic acid chemical burn of the upper gastrointestinal tract with necrosis of the jejunum

Minnullin M.M. — Cand. Med. Sc., first deputy chief doctor, tel. (843) 231-20-60, e-mail: Marsel.Mansurovich@tatar.ru

Zaynullin I.V. — Head of the Surgical Department, tel. (843) 231-21-66, e-mail: abdominalsurgeryrcb@gmail.ru

Zefirov R.A. — Cand. Med. Sc., surgeon, tel. (843) 231-21-66, e-mail: abdominalsurgeryrcb@gmail.ru

Vanyushin A.A. — Head of the Department of Intensive Care № 1, tel. (843) 237-35-57, e-mail: abdominalsurgeryrcb@gmail.ru

Malykin K.A. — Head of the Department of Anesthesiology № 1, tel. (843) 231-20-57, e-mail: abdominalsurgeryrcb@gmail.ru

Tolstikov A.P. — Cand. Med. Sc., surgeon, Assistant of the Department of surgical diseases № 1, tel. (843) 231-21-66, e-mail: abdominalsurgeryrcb@gmail.ru

In the article a clinical case report of the treatment the young patients with severe chemical burns acetic acid, complicated by total necrosis of the jejunum, generalized peritonitis, acute renal failure. He was hospitalized in RCH in 2012-2013. Described the management of the patient, the surgical treatment, postoperative period. In 2014, a team of doctors RCH involved in the treatment of this patient awarded «The Calling» Russia's best doctors in the nomination «For carrying out a unique operation that saved the man's life».

Key words: severe burns, acetic acid, duodeno-ileoanastomosis.

Отравления прижигающими жидкостями, в частности уксусной кислотой, сопровождаются развитием большого количества осложнений и высокой летальностью. По данным различных авторов, летальность составляет 15,5-25% [1, 2]. Высокая летальность обусловлена обширным повреждением слизистой желудочно-кишечного тракта, токсическим воздействием химического агента на организм, ведущим к тяжелым нарушениям белкового, водно-электролитного обмена с развитием синдрома полиорганной недостаточности [3].

За период с 2010 по 2014 г. в отделении абдоминальной хирургии РКБ МЗ РТ находилось на лечении 24 пациента с химическими ожогами верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) различной локализации. Умерло 2 пациента, летальность составила 8,33%. Причинами летальных исходов явились: в одном случае — флегмона желудка с перфорацией; в другом — флегмона желудка, полиорганная недостаточность. Приводим клинический пример наблюдения за пациентом с химическим ожогом ЖКТ.

Больной Г., 34 года. 20.11.2012 г. выпил около 100 мл концентрированного раствора уксусной кислоты. Первая помощь оказана в центральной районной больнице (ЦРБ). Из выписки известно, что 21.11.2012 г. пациент Г. поступил в отделение хирургии ЦРБ в тяжелом состоянии с клиникой химического ожога пищевода, желудка и 12-п. кишки, осложненного распространенным перитонитом. Выполнена операция — лапаротомия, резекция тонкой кишки (резецировано 100 см тощей кишки), одностольная еюностомия, санация и дренирование брюшной полости. 23.11.2012 г. пациент по линии санитарной авиации доставлен в приемно-диагностическое отделение РКБ МЗ РТ. Состояние при поступлении крайне тяжелое, на ИВЛ, медикаментозный сон, кожные покровы с землистым оттенком, тахикардия до 130 ударов в 1 минуту, АД 100/55 мм рт.ст, живот умеренно вздут, симметричный, напряжен и болезнен во всех отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. Еюностома с явлениями некроза, не функционирует. В анализе крови отмечалась тяжелой степени анемия — Нв 65 г/л, эритроциты — $2,59 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитоз — 19×10^9 /л, мочевины — 19 ммоль/л, креатинин — 249 мкмоль/л, общий белок — 55 г/л.

23.11.2012 г. после дообследования и короткой предоперационной подготовки выполнена повторная операция. Оперативное вмешательство выполнялась под эндотрахеальным наркозом. В брюшной полости около 200 мл серозно-геморрагической жидкости. Parietalная брюшина во всех отделах тусклая с мелкоточечными кровоизлияниями. Реализация органов брюшной полости: печень увеличена, светло-коричневого цвета, с гладкой тусклой капсулой и закругленным краем. Желчный пузырь размером 85 на 20 мм, без воспалительных явлений. Желудок и видимая часть 12-перстной кишки не раздуты, гиперемированы. Еюностома, выведенная в левой эпигастральной области на расстоянии 16 см от связки Трейца, несостоятельна (отмечается подтекание тонкокишечного содержимого в брюшную полость). Тощая кишка от связки Трейца до еюностомы гиперемирована, отечная, с очагами некроза зеленого цвета. Выполнена деюностомия. Подвздошная кишка (130-140 см от илеоцекального угла) находится в спавшемся состоянии, без воспалительных явлений. Толстая кишка не раздута, незначительно гиперемирована.

Фото 1. Дуодено-илеоанастомоз по типу «бок в бок»



Интраоперационная ФГДС: слизистая 12-перстной кишки гиперемирована, в просвете тощей кишки от связки Трейца до еюностомы тотальный некроз слизистой оболочки. Произведена резекция тощей и нижней горизонтальной части 12-перстной кишки. Ушивание культи 12-перстной кишки двухрядным швом. Наложен дуодено-илеоанастомоз по типу «бок в бок» (фото 1). В подвздошную кишку установлен назоинтестинальный зонд №18 с целью проведения раннего энтерального питания, в культи 12-перстной кишки — зонд №18 с целью декомпрессии. Брюшная полость промыта 10 л холодного водного раствора хлоргексидина. Дренирование брюшной полости. Послойное ушивание раны.

Послеоперационный диагноз: Некроз тощей кишки, несостоятельность еюностомы. Распространенный серозно-геморрагический перитонит. Синдром полиорганной недостаточности.

С 23.11.2012 по 17.12.2012 г. больной находился на лечении в отделении реанимации. 26.11.2012 г., учитывая продолжительную искусственную вентиляцию легких, выполнена верхняя трахеостомия. С целью коррекции анемии и коагулопатии проводилось переливание свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы. Острая почечная недостаточность разрешилась на фоне сеансов гемодиализа и адекватной лекарственной терапии. На вторые сутки после операции стала выслушиваться вялая перистальтика кишечника, начато раннее энтеральное питание. Дренажи из брюшной полости удалены на 7-й день. На фоне стимуляции кишечника был регулярный жидкий стул до 3 раз в сутки. 10.12.2012 г. выполнена операция: санация и ушивание лапаротомной раны по поводу эвентрации.

17.12.2012 г. пациент переведен в палату отделения хирургии, где продолжена комплексная терапия: внутривенно растворы натрия хлорида, магния сульфата, калия хлорида, осмолайт, хлосоль, глюкоза, квамател (фамотидин), цефтриаксон — в/м, гепарин п/к, омегапразол — внутрь, панкреатин — внутрь, анальгетики.

27.12.2014 г. пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии. Анализы при выписке: Нв — 94 г/л, Эр. — $3,08 \times 10^{12}$ /л, Leu — $6,8 \times 10^{12}$ /л, СОЭ — 23 мм/ч, Т-р 340 000, AST — 12 Е/л, ALT — 5 Е/л, креатинин — 106 мкмоль/л, общий белок — 60 г/л, общ. билирубин — 3,5 мкмоль/л, моче-

Фото 2. Слева направо: заведующий отделением анестезиологии РКБ К.А. Малыкин, заведующий отделением анестезиологии РКБ А.А. Ванюшин, заместитель министра финансов РФ А.З. Фаррахов, телеведущая, руководитель программы «Здоровье», профессор, д.м.н. Е.В. Малышева, врач-хирург РКБ Р.А. Зефиров, заведующий хирургическим отделением РКБ И.В. Зайнуллин



вина — 9,7 ммоль/л, ПТИ — 77%, глюкоза — 3,3 ммоль/л.

Заключительный диагноз: Отравление уксусной кислотой тяжелой степени тяжести. Химический ожог тощей и 12-перстной кишки, осложненный некрозом тощей кишки, несостоятельность еюностомы, распространенный серозно-геморрагический перитонит, состояние после резекции тощей кишки, еюностомии от 21.11.2012 г. Состояние после полной эквентрации от 10.12.2012 г. Острая почечная недостаточность тяжелой степени, сме-

шанного генеза. Синдром полиорганной недостаточности.

В послеоперационном периоде в 2013-2014 гг. больной Г. наблюдался в поликлинике РКБ, состояние удовлетворительное, жалоб нет.

Приведенный клинический пример показывает, что благоприятный исход в лечении пациента с тяжелым химическим поражением желудочно-кишечного тракта, проживающего в удаленном районе республики, зависел не только от мастерства хирурга и многокомпонентной интенсивной терапии в условиях многопрофильной клинической больницы, но и от эффективной системы взаимодействия при оказании экстренной специализированной помощи между районными лечебно-профилактическими учреждениями и РКБ. Своевременность проведения экстренного оперативного вмешательства в ЦРБ, работа службы экстренной консультативной и практической помощи (санитарная авиация РКБ) по своевременной доставке тяжелого пациента специализированным медицинским транспортом в лечебное учреждение г. Казани, оказывающее высокотехнологическую медицинскую помощь, влияет на эффективность и результаты лечения тяжелых пациентов.

В 2014 г. коллектив врачей ГАУЗ РКБ МЗ РТ, участвовавших в лечении данного пациента, награжден премией «Призвание» лучшим врачам России в номинации «За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человека» (фото 2).

ЛИТЕРАТУРА

1. Готов В.А. Лечение больных с химическими ожогами пищевода // Хирургия. — 1982. — №4. — С. 17-21.
2. Лужников Е.А. Острые отравления. — М.: Медицина, 2000. — 434 с.
3. Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода: руководство для врачей / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. — М.: Медицина, 2000. — 350 с.