

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ КРОВОПОТЕРИ, ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗАДИОБОДОЧНОГО ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА

Б.В. Сизуа, В.П. Земляной, А.М. Данилов, С.Е. Климов, О.А. Романенко, А.О. Родин
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
г. Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Хирургическое лечение желудочно-кишечных кровотечений на настоящий момент базируется, прежде всего, на топической дооперационной диагностике их источника. В связи с этим лечение больных кровотечением из неустановленных источников представляет собой трудную задачу и сопровождается высокой летальностью. При отсутствии инструментального подтверждения конкретного источника, целесообразно ориентироваться на клиническую картину, о чем свидетельствует приведенный случай успешного хирургического лечения пациента с кровотечением из хронической язвы двенадцатиперстной кишки после формирования позадиободочного гастроэнтероанастомоза.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, болезни оперированного желудка, язвенная болезнь.

Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) из неустановленных источников по-прежнему остается одной из самых сложных проблем неотложной хирургии. Следует отметить, что при ЖКК с неустановленным до операции источником кровотечения летальность может достигать 80% [1, 2, 3, 4]. Такие высокие цифры летальности связаны с принятой консервативной тактикой ведения данной группы пациентов, а также и с тем обстоятельством, что в 15% наблюдений источник кровотечения располагается в труднодоступной для диагностики локализации – в тонкой (1%) или ободочной кишке (14%) [5, 6, 7, 8].

В доступной нам литературе не удалось обнаружить случаи кровотечения из хронической язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК), после формирования позадиободочного гастроэнтероанастомоза. Вероятно, это связано с тем, что гастроэнтероанастомоз как самостоятельный вид хирургического лечения язвенной болезни не используется последние 90-100 лет, а также и с тем фактом, что после подобных вмешательств образуется, как правило, пептическая язва анастомоза. Ниже приводим клиническое наблюдение из собственной практики.

Больной Ч., 26 лет поступил в Елизаветинскую больницу Санкт-Петербурга 03.10.2008 г. через 4 суток с момента ухудшения состояния с жалобами на слабость, головокружение, черный стул. Из анамнеза стало известно, что страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с 2000 года; в 2000 и 2001 г. перенес оперативные

вмешательства, характер и объем которых уточнить не представлялось возможным. При поступлении состояние пациента расценено как средней степени тяжести. $P_s = 88$ уд. в 1' ритмичный, АД=110/65 мм. рт. ст. Со стороны органов груди без патологии. Живот мягкий, безболезненный. При ректальном исследовании – патологических образований на высоте пальца не обнаружено, кал черного цвета. В клиническом анализе крови – Hb 74 г/л, Eг $2,41 \times 10^{12}$ /л., Ht 21. При экстренной фиброэзофагогастроуденоскопии (ФЭГДС) выявлены: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и признаки рефлюкс-эзофagита, а также выраженная деформация выходного отдела желудка. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована. Залуковичный отдел проходим. Данных за кровотечение нет.

Учитывая анамнез и клинические признаки рецидивирующего кровотечения с тяжелой степенью кровопотери принято решение о выполнении оперативного вмешательства. Произведена лапаротомия, рассечение спаек. При ревизии органов брюшной полости обнаружена хроническая циркулярная пилородуоденальная язва пенетрирующая в головку поджелудочной железы, с признаками декомпенсированного стеноза и продолжающегося кровотечения. После рассечения желудочно-ободочной связки выявлен ранее сформированный, функционирующий, позадиободочный гастроэнтероанастомоз по Гаккеру (рис. 1).

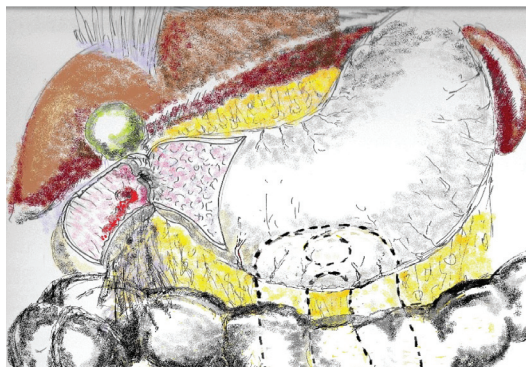


Рис. 1. Изображение хронической циркулярной пилородуоденальной язвы с признаками продолжающегося кровотечения с позадибодочным гастроэнтероанастомозом по Гаккеру

Учитывая характер осложнений, принято решение о выполнении радикальной операции. Произведена мобилизация единым блоком дистальных 2/3 желудка вместе с верхним отделом ДПК, с приводящей и отводящей петлями тощей кишки и гастроэнтероанастомозом с последующей резекцией. Культия ДПК сформирована «норильским» способом. Сформирован гастроэнтероанастомоз по Ру-Юдину с установкой декомпрессивного зонда в культю желудка и проведением интестинального зонда для питания за гастроэнтероанастомоз. Культия желудка фиксирована в окне мезоколон.

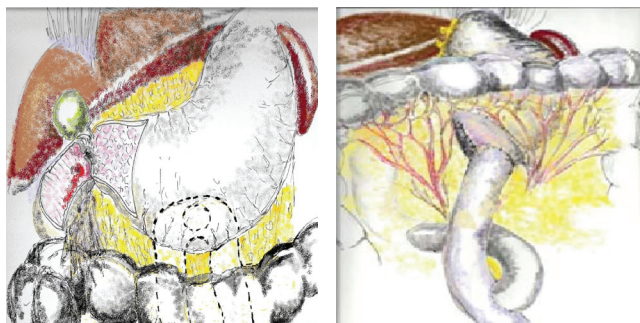


Рис. 2. Мобилизация и резекция 2/3 желудка по способу Ру-Юдина

Послеоперационное течение гладкое. Больной был выписан из стационара на 14 суток. В настоящее время пациент практически здоров.

Вероятно, диагностическая ошибка была связана с тем, что декомпенсированный язвенный стеноз выходного отдела желудка при эндоскопическом исследовании был расценен как деформация выходного отдела желудка, а гастроэнтероанастомоз по Гаккеру принят за луковицу двенадцатиперстной кишки (рис. 3).

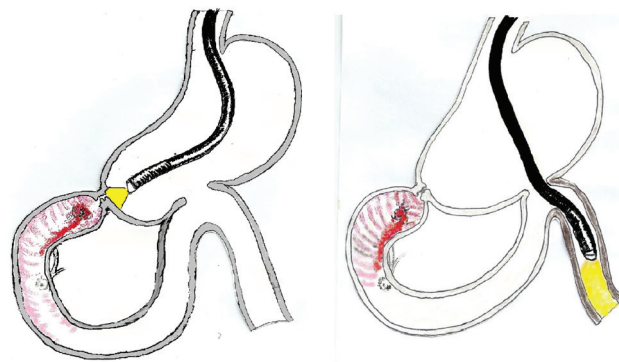


Рис. 3. Эндоскопическое исследование: гастроэнтероанастомоз

Однако, справедливости ради, необходимо отметить, что гастроэнтероанастомоз по Гаккеру формируется с использованием шпоры и технически выполнить дуоденоскопию, как это изображено на рисунке 4, практически не удается никогда.



Рис. 4. Эндоскопическое исследование: гастроэнтероанастомоз

Но, с другой стороны, отсутствие большого дуоденального сосочка, а также рельеф слизистой тощей кишки должны были насторожить специалиста, выполняющего эндоскопическое исследование.

Данная диагностическая ошибка лишней раз демонстрирует главенствующую роль клинической картины в определении лечебной тактики. Благодаря такому подходу было своевременно выявлено и устранено жизнеугрожающее осложнение язвенной болезни. Приведенный клинический случай свидетельствует о значительных сложностях диагностики и хирургического лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями, ранее оперированных по поводу осложнений язвенной болезни, при отсутствии эндоскопических данных за кровотечение.

Литература

1. *Иванова, Е.В.* Современные методы энтероскопии в диагностике и лечении заболеваний тощей и подвздошной кишки / Е.В. Иванова // докт. мед. наук. – М. – 2013.

2. *Парфенов, А.И.* Энтерология / А.И. Парфенов // Руководство для врачей. М.: МИА. – 2009. – 880 с.

3. *Alexander, J.A.* Capsule endoscopy and balloon-assisted endoscopy: competing or complementary technologies in the evaluation of small bowel disease? / J.A. Alexander, J.A. Leighton // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2009. – № 25. – P. 433-437.

4. *Bollinger, E.* Distribution of bleeding gastrointestinal angioectasias in a Western population / E. Bollinger // World J. Gastroenterol. – 2012. – Nov. 21;18. – P. 6235-6239.

5. *Шельгин, Ю.А.* Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных ангиодисплазий кишечника / Ю.А. Шельгин,

С.И. Ачкасов, Е.И. Брехов и др. // Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России». М., 2013. – 13 с.

6. *Малков, И.С.* Избранные разделы неотложной абдоминальной хирургии / И.С. Малков // Монография. Гос. бюджетное образовательное учреждение доп. проф. образования "Казанская гос. мед. акад." М-ва здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – Казань: Изд-во Казанского гос. технического ун-та, 2013. – 405 с.

7. *Assche, G.* The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis / G. Assche, A. Dignass, J. Panes // Journal of Crohn's and Colitis. – 2010. – Vol. 4. – P. 7-27.

8. *Gayer, C.* Acute lower gastrointestinal bleeding in 112 patients admitted to an urban emergency medical center / C. Gayer, A. Chino, C. Lucas et al. // Surgery. – 2009. – № 146. – P. 600-607.

Б.В. Сигуа

Тел.: 8-911-197-93-43

E-mail: dr.sigua@gmail.com

Б.В. Сигуа, В.П. Земляной, А.М. Данилов, С.Е. Климов, О.А. Романенко, А.О. Родин. Реконструктивная операция при хронической язве двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением с тяжелой степенью кровопотери, после формирования позадиободочного гастроэнтероанастомоза // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 9. – № 2. – С. 131-134.

THE WAY OF RECONSTRUCTIVE SURGERY IN CHRONIC DUODENAL ULCER,
COMPLICATED BY BLEEDING WITH SEVERE BLOOD LOSS
AFTER RETROCOLIC GASTROJEJUNOSTOMY

B.V. Sigua, V.P. Zemlyanoy, A.M. Danilov, S.E. Klimov, O.A. Romanenko, A.O. Rodin

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
Saint-Petersburg, Russia

Summary. Currently, surgical treatment of gastrointestinal bleeding is based primarily on topical preoperative identification of their source. In this regard, the treatment of patients with bleeding from unknown sources is a difficult task and is accompanied by a high mortality rate. In such cases, in the absence of confirmation of gastrointestinal bleeding source, treatment should base on the clinical picture. A successful case of surgical treatment of patient with chronic duodenal ulcer, complicated with bleeding after retrocolic gastroenteroanastomy is described.

Keywords: gastrointestinal bleeding, diseases of operated stomach, gastric ulcer.

Б.В. Сигуа
Tel.: 8-911-197-93-43
E-mail: dr.sigua@gmail.com

B.V. Sigua, V.P. Zemlyanoy, A.M. Danilov, S.E. Klimov, O.A. Romanenko, A.O. Rodin. The way of reconstructive surgery in chronic duodenal ulcer, complicated by bleeding with severe blood loss after retrocolic gastrojejunostomy // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2017. – Т. 9. – № 2. – P. 131-134.