

УДК. 616.33 – 089.86-031/87 : 611.342

ЖЕЛУДОЧНО–ТОНКО–ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ СВИЩ, РАЗВИВШИЙСЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЫ 12–ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Стенько В.Г., Вешнякова Е.А.

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии ГГМУ

Среди осложнений, развившихся после резекции желудка у пациентов с язвенной болезнью, желудочно-тонко-толстокишечный свищ встречается крайне редко. По данным литературы последних лет, частота его при постгастрорезекционных язвах колеблется от 1-3,5% [2] до 7,7% [3, 4, 5]. Число наблюдений, которыми располагают указанные авторы, варьирует от 1 до 8.

Напрямую соединяя между собой полости трех органов (желудка, тощей и ободочной кишок), желудочно-тонко-толстокишечный свищ приводит к сбросу большей или меньшей части желудочного сока, пищи, панкреатического секрета и желчи непосредственно в толстую кишку. Объемом этого сброса и определяются все клинические проявления, свойственные данной патологии. По скорости развития, характеру тяжести наступивших в организме изменений указанные свищи можно сравнить лишь с наружными высокими тонкокишечными свищами.

Относительная редкость развития желудочно-тонко-толстокишечного свища объясняется преимущественной (88%) локализацией пептической язвы по брыжеечному краю тощей кишки в области дна анастоматической камеры [1]. Подобная локализация обусловлена методикой формирования желудочно-кишечного соустья по Бильрот – II, при которой брыжеечный край тощей кишки всегда оказывается против соустья и подвергается прямому воздействию поступающего из культи желудочного сока.

Приводим наше наблюдение.

Пациент А, 39 лет, история болезни № 2944, поступил в хирургическую клинику 13.11.2000г. При поступлении предъявлял жалобы на боли в эпигастриальной области опоясывающего характера, тош-

ноту, сухость во рту, частый жидкий стул до 10 раз в сутки, неприятный запах изо рта. Боли беспокоят больше в ночное время и уменьшаются после приема пищи. Из анамнеза установлено, что в 1996 году ему выполнена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру по поводу кровотечения из язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Последние 2 недели у пациента появились вышеизложенные жалобы, что заставило его обратиться за медицинской помощью.

При объективном обследовании отмечена бледность и сухость кожных покровов, тургор снижен. Печень увеличена и выступает из-под края правой реберной дуги на 2 см, селезенка не пальпируется. В общем анализе крови анемия средней степени. При фиброгастроскопии от 15.11.00 г. выявлена язва энтероанастомоза размерами 0,5 x 0,6 см. Учитывая вышеизложенные жалобы, пациенту назначена рентгеноскопия желудка и ирригография. При рентгеноскопии желудка – рентгенологическая картина язвы гастроэнтероанастомоза, демпинг синдрома, синдром приводящей петли, хронический гастрит. Для исключения свища между отводящей петлей и толстой кишкой выполнена ирригоскопия и ирригография. Бариевая взвесь заполнила прямую, сигмовидную, нисходящий отдел толстой и поперечноободочную кишки. Поперечноободочная кишка в едином конгломерате с анастомозом и культей желудка. Определяется заброс контраста в тонкую кишку и культю желудка. После опорожнения контраст сохраняется в тонкой кишке, культе желудка и левой половине толстой кишки. Заключение: рентгенологическая картина свища на уровне гастроэнтероанастомоза и толстой кишки с забросом в желудок.

14.12.00 г. пациент оперирован. Выполнена верхне-срединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. Висцеролиз. При ревизии органов брюшной полости выявлен плотный конгломерат, в который вовлечена дистальная часть культи желудка, поперечноободочная кишка и ее брыжейка. Сразу отдифференцировать приводящую и отводящую петли тонкой кишки не представляется возможным. С большими техническими трудностями удалось резецировать культю желудка с приводящей и отводящей петлями, при этом выявлено сообщение между отводящей петлей и поперечно-ободочной кишкой. Дефект в толстой кишке (диаметр 1,5 см) ушит двухрядным швом после его иссечения в пределах здоровых тканей. Наложен гастроэнтероанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки. Брюшная полость дренирована. Рана послойно ушита.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент осмотрен через 3 года. Жалоб нет. Занимается физической работой, масса тела

восстановилась. Стул нормализовался, оформленный, без патологических примесей.

Приведенное наблюдение представляет интерес для практикующих врачей-хирургов. Следует считать, что причиной развития желудочно-тонко-толстокишечного свища явилась скорее всего недостаточная резекция желудка. Объемом оперативного пособия при такой патологии является резекция желудка или ваготомия после разобщения свища между желудком и поперечноободочной кишкой.

Литература

1. Бершаденко Д.Д., Тугаринов А.И., Лычковский Р.М. Этиопатогенез и клиника желудочно-тонко-толстокишечных свищей при постгастрорезекционных пептических язвах тощей кишки // *Анналы хирургии.* – 2001. - № 2. - С. 61-64.
2. Заривчацкий М.Ф., Циммерман И.Я., Репин В.Н., Циммерман Я.С. Желудочно-ободочный свищ, развившийся после резекции желудка по поводу осложненной пилорородуоденальной язвы // *Хирургия.* – 1996. - № 7. – С. 54-55.
3. Николаев Н.О., Железный В.И. Хирургическое лечение пептических язв анастомоза и тощей кишки после резекции желудка // *Хирургия* – 1979. - № 7. – С. 37-47.
4. Сахаров М.И. Слепуха А.Г., Мясникова А.Г. Дооперационное выявление причин образования пептических язв после резекции желудка // *Хирургия.* – 1976. - № 11. – С. 18-24.
5. Спивак В.П. Диагностика и методы лечения пептических язв анастомоза и тощей кишки: Дис... д-ра мед наук. - 1977.

США: возраст для хирургии не помеха

Американские хирурги успешно провели уникальную операцию по удалению кисты пищевода. Ее «изюминка» заключается в том, что возраст пациента составлял всего 5 дней, вес - 8 фунтов (чуть больше 3 килограммов), но при этом операция проводилась лапароскопическим способом, то есть, под контролем видеокамеры.

Как сообщила пресс-служба больницы, где была проведена операция, хирургические инструменты для нее были специально заказаны сразу же после госпитализации будущей матери. «Поначалу мы не были уверены в том, что нам удастся прооперировать малыша лапароскопически, и были готовы в любой момент перейти к обычной технике, - рассказал доктор Майкл Ириш, оперировавший мальчика. - Но, к счастью, этого не потребовалось. Киста, угрожавшая жизни мальчика, удалена, а на его теле осталось только четыре маленьких разреза, на которые даже не пришлось накладывать швов».

*News.Battery.Ru, Аккумулятор Новостей, 17.10.2003,
Источник: AskDoctor*