

© CC 0 Коллектив авторов, 2022
УДК 616.33-002.4-089
DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-1-104-106

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ИДИОПАТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ЖЕЛУДКА

И. В. Вострокнутов*, А. В. Холманский, А. Ф. Егоров, А. В. Шалтагачев,
А. В. Лобанов, А. В. Папитова, Э. Э. Тоедов, И. В. Кука, Л. А. Григорян

Бюджетное учреждение здравоохранения Республики Алтай «Республиканская больница», г. Горно-Алтайск, Россия

Поступила в редакцию 16.12.2021 г.; принята к печати 06.04.2022 г.

Некроз желудка как самостоятельное заболевание встречается достаточно редко, еще реже – тотальный идиопатический некроз. Представлен случай успешного лечения пациента с идиопатическим некрозом желудка с хорошим исходом.

Ключевые слова: идиопатический некроз желудка, отсроченный эзофагоэнтероанастомоз

Для цитирования: Вострокнутов И. В., Холманский А. В., Егоров А. Ф., Шалтагачев А. В., Лобанов А. В., Папитова А. В., Тоедов Э. Э., Кука И. В., Григорян Л. А. Успешное лечение пациента с идиопатическим некрозом желудка. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2022;181(1):104–106. DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-1-104-106.

* **Автор для связи:** Игорь Владимирович Вострокнутов, БУЗ РА «Республиканская больница», 649002, Россия, г. Горно-Алтайск, Коммунистический пр., д. 130. E-mail: vostroknut@narod.ru.

SUCCESSFUL TREATMENT OF A PATIENT WITH IDIOPATHIC GASTRIC NECROSIS

Igor V. Vostroknutov*, Alexander V. Kholmansky, Alexander F. Egorov,
Anatoly V. Shaltagachev, Alexey V. Lobanov, Altynay V. Papitova, Ermen E. Toedov,
Irina V. Kuka, Liparid A. Grigoryan

Republican Hospital, Gorno-Altaysk, Russia

Received 16.12.2021; accepted 06.04.2022

Necrosis of the stomach as an independent disease is quite rare, even less often – total idiopathic necrosis. We present a case of successful treatment of a patient with idiopathic stomach necrosis with a good outcome.

Keywords: idiopathic necrosis of stomach, delayed esophagoenteroanastomosis

For citation: Vostroknutov I. V., Kholmansky A. V., Egorov A. F., Shaltagachev A. V., Lobanov A. V., Papitova A. V., Toedov E. E., Kuka I. V., Grigoryan L. A. Successful treatment of a patient with idiopathic gastric necrosis. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2022;181(1):104–106. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2022-181-1-104-106.

* **Corresponding author:** Igor V. Vostroknutov, Republican Hospital, 130, Kommunisticheskii pr., Gorno-Altaysk, 649002, Russia. E-mail: vostroknut@narod.ru.

Введение. Некроз желудка как самостоятельное заболевание встречается достаточно редко, еще реже – тотальный идиопатический некроз. Этиология данного патологического процесса не имеет однозначного толкования [1–4]. Объяснимы некрозы желудка вследствие ожога химическими реагентами, после ущемления органа в диафрагмальной грыже и грыже пищеводного отверстия диафрагмы, как исход заворота желудка, острого его расширения, а также флегмоны.

Поскольку данная патология в повседневной хирургической практике – явление крайне редкое, а диагностика трудна как на до госпитальном этапе, так и в условиях стационара [1, 3, 4], мы приводим собственное наблюдение.

Клиническое наблюдение. Пациент И., 54 лет, доставлен в наше хирургическое отделение санитарной авиацией из районной больницы, расположенной на территории Республики Алтай. Из анамнеза: заболел остро около 12 ч назад после приема пищи, появились боли в области эпигастрии, которые стали усиливаться. Госпитализирован в районную

больницу с диагнозом «Острый панкреатит, отечная форма». После проведенной консервативной терапии состояние больного ухудшилось. Пациент доставлен в хирургическое отделение республиканской больницы. При поступлении состояние средней степени тяжести, в сознании, жалобы на боли по всему животу, больше вверху живота. При осмотре живот правильной формы, ровный, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется резкая болезненность в области эпигастрии, тут же положительные симптомы раздражения брюшины. Гемодинамика стабильная, температура тела – 37,7 °С, лейкоциты – $21,6 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 155 г/л, тромбоциты – $52 \cdot 10^9/\text{л}$, билирубин прямой – 32,1 мкмоль/л, билирубин общий – 55,2 мкмоль/л, ALT – 48 U/L, АСТ – 134 U/L, мочевины – 9,2 мкмоль/л, креатинин – 99 мкмоль/л, амилаза панкреатическая – 30,8 U/L, глюкоза – 10,7 ммоль/л. Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости: гепатомегалия, изменение паренхимы печени и почек, образования обеих почек (кисты). Рентгенография грудной клетки – легочной рисунок не изменен. Очаговых и инфильтративных теней нет. Корни малоструктурные, перибронхиальные изменения с обеих сторон. Синусы диафрагмы без особенностей. Тень сердца расширена. Обзорная рентгенография брюшной полости – патологических изменений не выявлено. Дежурным хирургом выставлен диагноз «Разлитой перитонит» и через 3 ч от момента поступления проведена лапаротомия. Во время лапаротомии в брюшной полости обнаружен светлый выпот без запаха, умеренно раздутые петли тонкого кишечника. При ревизии желудка обнаружено, что его стенки бледно-синюшного цвета с мраморными пятнами, практически во всех отделах. Только в пилорическом отделе выше привратника на 3–4 см цвет более розовый, также обнаружено, что селезенка имеет темно-синий цвет. Было сделано предположение о некрозе желудка и селезенки, предположительно, из-за нарушения кровоснабжения, но, так как нет четкой линии демаркации, оценить жизнеспособность стенок желудка невозможно, соответственно, невозможно четко определить объем операции (резекция или гастрэктомия). Решено применить принцип «damage control». Наложена лапаростома на 24 ч. Пациент переведен в отделение реанимации. Через 24 ч проведена запланированная релапаротомия. После удаления лапаростомы в брюшной полости небольшое количество мутного выпота с неприятным гнилостным запахом, петли тонкого и толстого кишечника умеренно раздуты. Большой сальник серого цвета, желудок на расстоянии 3 см от привратника зелено-серого цвета, селезенка серо-черного цвета. Граница некроза четко обозначилась. Интраоперационно выставлен диагноз «Некроз желудка, большого сальника и селезенки». Произведена мобилизация желудка с большим сальником. Правая и левая желудочные артерии перевязаны, пересечены, просвет их тромбирован. Селезенка выделена без перевязки коротких артерий, селезеночная артерия и вена выделены в области ножки, перевязаны, пересечены, селезеночная артерия тромбирована. На пищевод, отступая от желудка на 1 см, наложен зажим Сатинского, и пищевод отсечен от желудка, в пищевод введен зонд 20 F. В дистальном направлении желудок отсечен ниже привратника на 2 см аппаратом «Эшелон 60» (зеленая кассета), культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) дополнительно погружены в кисетный шов. Учитывая тяжесть состояния пациента, наличие разлитого перитонита и невозможность оценки жизнеспособности абдоминального отдела пищевода, решено вновь закончить операцию наложением лапаростомы, запланировать еще один этап операции наложения отсроченного эзофагоэнтероанастомоза через 24 ч. Зажим Сатинского оставлен на пищеводе, верхний этаж брюшной полости выполнен тампонами, наложена лапаросто-

ма с редкими швами на брюшную стенку. Пациент переведен в отделение реанимации. Через 24 ч удалена лапаростома и салфетки с верхнего этажа брюшной полости, последняя промыта, осушена. При осмотре абдоминальный отдел пищевода с наложенным на него зажимом Сатинского розового цвета, при его мобилизации кровоточит. Пищевод выделен на 5–6 см выше пищеводного отверстия диафрагмы. Культи ДПК самостоятельная. Наложена инвагинационный «конец в бок» эзофагоэнтероанастомоз в модификации М. И. Давыдова. Брюшная полость промыта, осушена. Произведено дренирование левого поддиафрагмального пространства и области анастомоза через винсловое отверстие. Брюшная полость зашита наглухо.

Макроскопическое описание препарата: «Материал фиксирован формалином и представляет собой желудок 25×17×0,7 см, селезенка 12×5×4 см и большой сальник единым блоком. Стенка желудка разрезана в клинике. Серозная и слизистая оболочки тусклые, зеленовато-коричневой окраски. Слизистая оболочка на всем протяжении со слаженностью складок, однородного темно-зеленого цвета с багровыми участками. Стенка желудка плотновата, толщиной 5–8 мм, однородно темно-зеленого цвета. Края резекции серо-розовые. Жировая ткань сальника полнокровная, с коричневыми и красными участками, резко полнокровными сосудами. Селезенка с участком нарушенной капсулы в одном из полюсов на площади 2×2 см; на наружной поверхности под капсулой имеется небольшая гематома площадью 3×3 см и толщиной 1 см».

Микроскопическое описание (№ 3852/1-21 от 23 октября 2021 г.): «Стенка желудка отечна, все слои стенки – слизистая оболочка, подслизистый и мышечный слой – некротизированы, инфильтрированы фибрином, нейтрофильными лейкоцитами; в трансмуральных участках некрозов и очаговых кровоизлияний в стенке – рексис, лизис цитоплазмы, ядер, клеточных форм, исчезновение межклеточных границ. В расширенных сосудах различного калибра желудка и сальнике – смешанные красные тромбы. В краях резекции – резкое полнокровие сосудов; структура слизистой оболочки сохранена. В отдельных фрагментах прослеживается выраженное воспаление слизистой оболочки и подслизистого слоя, с диффузной лейкоцитарной инфильтрацией и выраженным отеком стенки. Строение селезенки сохранено. Результат: тотальный трансмуральный некроз стенки желудка с реактивной нейтрофильной лейкоцитарной инфильтрацией. Признаки острого расстройства кровообращения в краях резекции, сальнике и селезенки».

Послеоперационный период: больной в отделении анестезиологии и реанимации (ОАР), проводилась инфузионная и антибактериальная терапия, состояние средней степени тяжести, на 2-е сутки удален назоинтестинальный зонд. На 3-и сутки пациенту разрешен прием жидкостей до 200–300 мл в сутки, с 5-х суток пациент питался с первого стола, переведен в отделение, также на 5-е сутки удалены дренажи из брюшной полости. Послеоперационный период осложнился нагноением лапаротомной раны в верхней ее части. Для лечения был применен вакуум-аспирационный метод (VAC), с постоянным разрежением 70 мм рт. ст. VAC-система менялась через 3 суток. Проведено 3 смены VAC. После чего рана очистилась, резко уменьшилась в размерах до 4–5 см. Далее проводили мазевые перевязки. На 42-е сутки пациент выписан.

Выводы. 1. Идиопатический некроз желудка встречается очень редко в практике хирурга. Очень трудно определить патогенез заболевания и выбрать тактику лечения.

2. В данном случае предпринята этапная тактика лечения («damage control») с отсроченным наложением эзофагоэнтероанастомоза, плановыми сана-

циями брюшной полости, которая стала адекватной и привела к выздоровлению.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов В. Д., Курганевич Р. В. Гастрэктомия с резекцией абдоминального отдела пищевода при гангрене желудка с его самопроизвольным разрывом и общим перитонитом // Вестн. хир. 1994. № 5. С. 60.
2. Кургузов О. П., Кузнецов Н. А. Флегмоны желудка // Хирургия. 1992. № 1. С. 52–55.
3. Романчишен А. Ф., Понаморов А. М., Михайлов В. А. Тотальный некроз желудка // Вестн. хир. 2005. № 6. С. 87.
4. McKeivie P. A., McClur D. N., Fink R. L. Two cases of idiopathic acute gastric necrosis // Pathology. 1994. Vol. 26, № 4. P. 435–438.

REFERENCES

1. Boyzov V. D., Kurganevich R. V. Gastrectomy with resection of the abdominal oesophagus in gastric gangrene with its spontaneous rupture and general peritonitis // Westn. khir. 1994;(5):60. (In Russ.).
2. Kurguzov O. P., Kuznetsov N. A. Phlegmons of the stomach // Surgery. 1992;(1):52–55. (In Russ.).
3. Romanchishen A. F., Ponomarev A. M., Mikhailov V. A. Total necrosis of the stomach // Westn. khir. 2005;(6):87.
4. McKeivie P. A., McClur D. N., Fink R. L. Two cases of idiopathic acute gastric necrosis // Pathology. 1994;26(4):435–438.

Информация об авторах:

Вострокнутов Игорь Владимирович, кандидат медицинских наук, зав. хирургическим отделением, главный внештатный специалист – хирург Министерства здравоохранения Республики Алтай, заслуженный врач РФ, Республиканская больница (г. Горно-Алтайск, Россия); **Холманский Александр Валерьевич**, главный врач, Республиканская больница (г. Горно-Алтайск, Россия); **Егоров Александр Фёдорович**, врач-хирург, зав. операционным блоком, Республиканская больница (г. Горно-Алтайск, Россия); **Шалтагачев Анатолий Владимирович**, врач-хирург, старший ординатор хирургического отделения, Республиканская больница (г. Горно-Алтайск, Россия); **Лобанов Алексей Владимирович**, врач-хирург, Республиканская больница (г. Горно-Алтайск, Россия); **Папитова Алтынай Васильевна**, врач-хирург, Республиканская больница (г. Горно-Алтайск, Россия); **Тоедов Эрмен Экименович**, врач-хирург, Республиканская больница (г. Горно-Алтайск, Россия); **Кука Ирина Владимировна**, врач-хирург, Республиканская больница (г. Горно-Алтайск, Россия); **Григорян Липарид Андронникович**, врач-хирург, Республиканская больница (г. Горно-Алтайск, Россия).

Information about authors:

Vostroknutov Igor V., Cand. of Sci. (Med.), Head of the Surgical Department, Chief Freelance Surgeon of the Ministry of Health of the Altai Republic, Honored Doctor of the Russian Federation, Republican Hospital (Gorno-Altaysk, Russia); **Kholmansky Alexander V.**, Chief Physician, Republican Hospital (Gorno-Altaysk, Russia); **Egorov Alexander F.**, Surgeon, Head of the Surgery Block, Republican Hospital (Gorno-Altaysk, Russia); **Shaltagachev Anatoly V.**, Surgeon, Senior Resident of the Surgical Department, Republican Hospital (Moscow Gorno-Altaysk, Russia); **Lobanov Alexey V.**, Surgeon, Republican Hospital (Gorno-Altaysk, Russia); **Papitova Altynay V.**, Surgeon, Republican Hospital (Gorno-Altaysk, Russia); **Toedov Ermen E.**, Surgeon, Republican Hospital (Gorno-Altaysk, Russia); **Kuka Irina V.**, Surgeon, Republican Hospital (Gorno-Altaysk, Russia); **Grigoryan Liparid A.**, Surgeon, Republican Hospital (Gorno-Altaysk, Russia).