

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.333-002.4-089

В. Б. Мосягин, В. Ф. Рыльков, В. З. Клечиков, И. В. Карпатский

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Санкт-Петербургское ГБУЗ «Городская больница № 26» (главврач — проф. В. И. Дорофеев)

Ключевые слова: некроз желудка, перфорация, гастрэктомия

Некроз желудка как самостоятельное заболевание встречается достаточно редко, ещё реже — тотальный идиопатический некроз. Этиология данного патологического процесса не имеет однозначного толкования [1, 4, 6]. 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.

Впервые заворот желудка описал Бертье в 1866 г. Летальность при этом заболевании до настоящего времени достигает 33%. Предрасполагающими к завороту желудка являются следующие факторы: пороки развития, релаксация и высокое стояние левого купола диафрагмы, подвижность двенадцатиперстной кишки и селезёнки, деформация желудка, нарушение вегетативной иннервации, а также переполнение желудка пищей и газами [5]. Характерным для заворота желудка является триада Борхардта (1904 г.): позывы на рвоту, асимметрию живота (вздутие в эпигастриальной области), невозможность введения зонда в желудок [5].

Флегмона желудка встречается редко, в 0,004–0,010% от прочих острых хирургических заболеваний. Чаще данная патология возникает у мужчин молодого и среднего возраста. Нарушение барьерных свойств слизистой оболочки, вызванное ожогом концентрированными реагентами, употреблением алкоголя, травмой, а также последствиями хирургических вмешательств, открывает доступ инфекции. Предрасполагающими факторами являются гастрит, эрозии,

язвенные поражения, панкреатит и желчнокаменная болезнь. Всё это способствует проникновению вирулентной микрофлоры в стенку желудка. По степени распространения патологического процесса выделяют тотальную и ограниченную форму заболевания. Основное лечение — хирургическое, послеоперационная летальность составляет 19–39%.

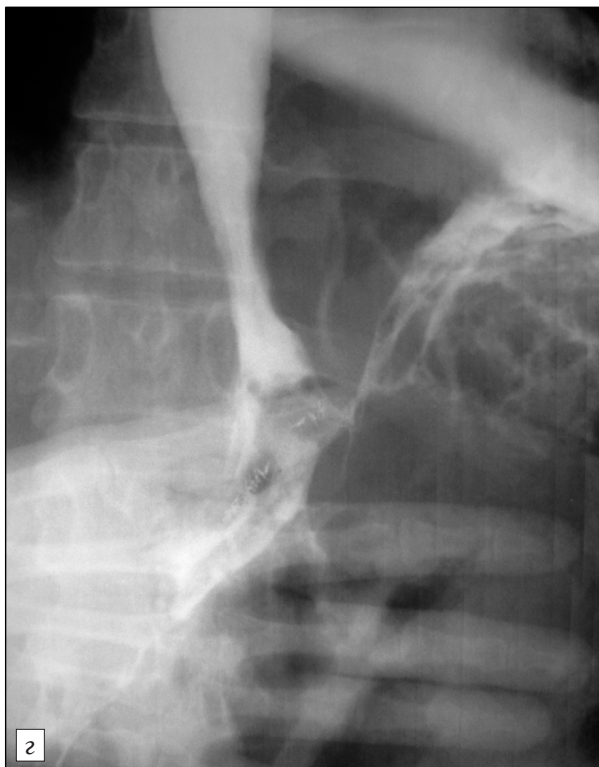
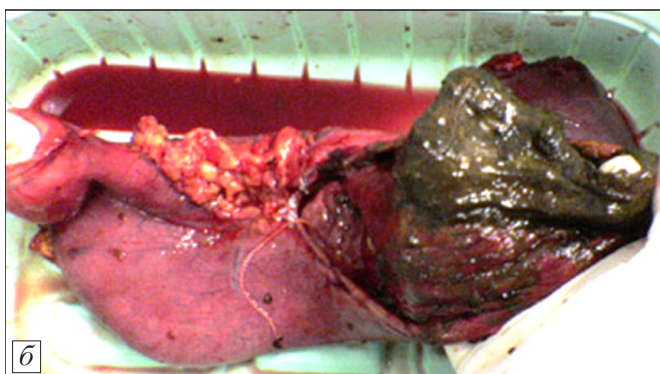
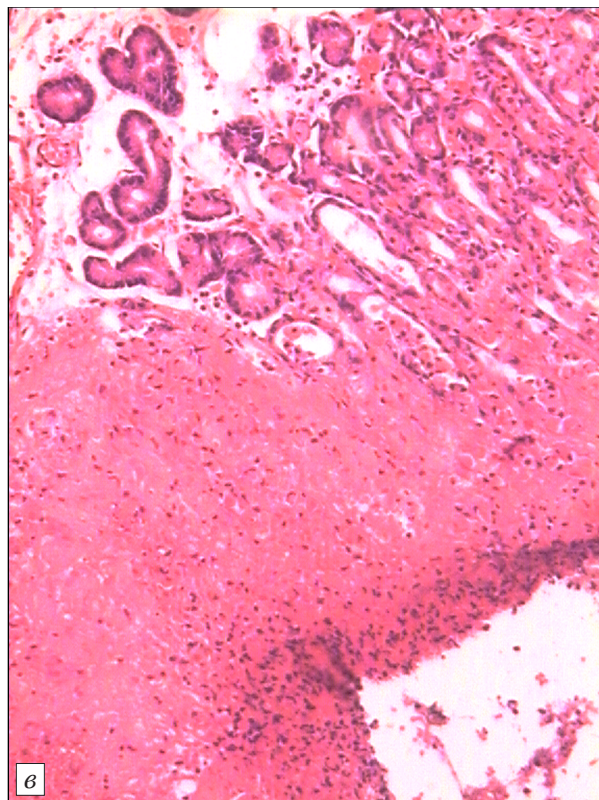
Поскольку данная патология в повседневной хирургической практике — явление крайне редкое, а диагностика трудна как на догоспитальном этапе, так и в условиях стационара [1, 4, 6], мы приводим собственное наблюдение.

Пациентка Д., 36 лет, поступила в нашу больницу 22.03.2006 г. в 09.34 после серии судорожных приступов. В приемном отделении осмотрена неврологом. Из анамнеза известно, что больная в течение 20 лет страдает синдромом Денди—Уокера с эпилептиформным синдромом, аномалией Арнольда—Киари, в прошлом оперирована по поводу аппендицита. С диагнозом «состояние после серии судорожных приступов (от 21–22.03.2006 г.), аномалия Арнольда—Киари» госпитализирована в неврологическое отделение. Проводилась консервативная комплексная терапия, включающая седативные и психотропные средства.

После выпитого сока 25.03.2006 г. у больной появились жалобы на слабость, тошноту, рвоту цвета «кофейной гущи», задержку стула. Больная консультирована хирургом, реаниматологом. Общее состояние больной на момент осмотра тяжелое, отмечена тахикардия до 110 уд/мин, гипотония (АД 60/40 мм рт. ст.). При осмотре: язык влажный, обложен жёлтым налетом; живот правильной формы, вздут. При пальпации живот был болезненным в эпигастриальной области и по обоим фланкам, перитонеальные симптомы слабоположительные. Перистальтика не выслушивалась. В клиническом анализе крови: Нб 158 г/л; эр. $4,8 \cdot 10^{12}/л$. $12,2 \cdot 10^9/л$ (п. 25%, с. 68%). Биохимический анализ крови не показал отклонений от референтных величин. Выполнена фиброгастродуоденоскопия, выявившая тотальный геморрагический гастрит, острые язвы желудка, осложнённые кровотечением (гемостаз устойчивый), эрозивный дуоденит, папиллит. На рентгено-

Сведения об авторах:

Мосягин Вадим Борисович (e-mail: vbm_asyagin@gmail.com), Рыльков Владимир Федорович (e-mail: v_rylkov@mail.ru), Клечиков Владимир Захарович, Карпатский Игорь Владимирович (e-mail: ivspb@mail333.com), Городская больница № 26, 196247, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, 2



Некроз кардиального отдела желудка у больной Д., 36 лет.

а — некроз кардиального отдела желудка с переходом на большую кривизну (снимок во время операции);

б — препарат удаленного желудка (просвет вскрыт);

в — микропрепарат слизистой оболочки желудка на границе с некрозом. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200;

г — рентгенограмма анастомоза (водорастворимый контраст).

Несостоятельность эзофагодуоденального соустья

грамме брюшной полости свободный газ выявлен не был, в желудке визуализировался газовый пузырь, определялись тонкокишечные уровни жидкости, раздутые газом проксимальные петли тощей кишки. УЗИ брюшной полости — без видимых патологических изменений.

С диагнозом: «спаечная болезнь, острая кишечная непроходимость, перитонит» пациентка доставлена в операционную,

где 25.03.2006 г. была выполнена верхняя срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено около 1 л мутной жидкости с желудочным содержимым и фибрином. Выраженный спаечный процесс в правой подвздошно-паховой области. Ободочная кишка раздута газом, диаметром до 10 см. При дальнейшей ревизии выявлен участок тела желудка от пищевода до его средней трети по большой кривизне

чёрно-зеленого цвета с перфорацией по передней поверхности до 1,5 см в диаметре (рисунки а, б).

Стенка желудка при контакте легко разрывается. В свободную брюшную полость поступает желудочное содержимое. На левом куполе диафрагмы и верхнем полюсе селезёнки обнаружены отложения фибрина. Поджелудочная железа не изменена. Этиологию процесса определить невозможно из-за запущенности процесса. Видимая проксимальная граница некроза в 2 см от пищевода. Произвести атипичную резекцию желудка не представлялось возможным из-за отсутствия демаркационной линии. Двенадцатиперстная кишка мобилизована по Кохеру. Выполнена экстирпация желудка (операция Накаяма) с созданием эзофагодуоденоанастомоза «конец в конец». Тонкая кишка интубирована зондом Эбботта. В удаленном препарате (см. рисунок, б) — отчётливо определяются границы некроза со стороны серозы и слизистой оболочки от пищеводно-желудочного перехода до средней трети тела по большой кривизне. Патологоанатомическое заключение: деструктивные изменения от острых эрозий слизистой оболочки желудка до тотального некроза всех слоев (см. рисунок, в): химический ожог?

Послеоперационный период протекал тяжело. Возникла несостоятельность анастомоза по заднебоковой полуокружности слева с образованием левостороннего поддиафрагмального абсцесса, подтверждённая рентгено-контрастным исследованием (см. рисунок, г), эмпиемы плевры. Поддиафрагмальный абсцесс дренирован, одновременно проведено наружное дренирование левой плевральной полости. Явления эмпиемы регрессировали. Проводились детоксикационная и антибактериальная терапия, коррекция белкового обмена и иммунологического профиля. Получала энтеральное зондовое питание с переходом на пероральное с момента закрытия дефекта анастомоза (через 3 нед после операции). Пациентка выписана из стационара 31.05.2006 г.

Интерес данного наблюдения вызван редкостью заболевания и отсутствием патогноматичной симптоматики. В качестве метода хирургического лечения чаще всего выполняется гастрэктомия, так как визуально определить демаркационную линию невозможно. В нашем наблюдении этиологию процесса установить не удалось. Не исключено, что причиной явился бродильный процесс из-за выпитого сока, после чего появились боли в животе, или нарушения вегетативной иннервации, связанные с патологией нервной системы, а вероятнее, сочетание обоих факторов. Также нельзя исключить влияние длительной серии судорожных припадков, предшествовавших развитию заболевания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

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. Минков С.И. Флегмона желудка и её лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Рязань, 1992. 16 с.
4. Романчишен А.Ф., Понаморов А.М., Михайлов В.А. Тотальный некроз желудка // Вестн. хир. 2005. № 6. С. 87.
5. Семенский В.А. Острый заворот желудка // Хирургия. 1992. № 1. С. 99–100.
6. McKeivie P.A., McClur D.N., Fink R.L. Two cases of idiopathic acute gastric necrosis // Pathology. 1994. Vol. 26, № 4. P. 435–438.

Поступила в редакцию 19.06.2013 г.