



СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНОГО СО СТЕНОЗОМ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Дергаль С.В., Корытцев В.К., Катков С.С., Марковский И.А.

ММУ ГБ № 8, Самара, ММУ ГКБ № 1 им Пирогова, Самара

Дергаль Сергей Владимирович

E-mail: sdergal@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена лечению пациента с сочетанием двух хирургических патологий. Приводится клиническое наблюдение оперативного лечения пациента со спонтанным разрывом пищевода и пилородуоденальным стенозом. Делается вывод о том, что операция должна быть направлена как на закрытие дефекта пищевода, так и на восстановление эвакуаторной функции желудка.

Ключевые слова: разрыв пищевода, пилородуоденальный стеноз.

SUMMARY

The article is devoted to treatment of the patient with a combination of two surgical pathologies. Provides clinical observation of surgical treatment of patients with spontaneous rupture of the esophagus and pyloroduodenalis stenosis. The conclusion is made that the operation should be directed both at the closure of the defect of the esophagus, and on the restoration of the evacuation function of the stomach.

Keywords: rupture of the esophagus, pyloroduodenalis stenosis.

В доступной нам литературе мы не встретили описания сочетания спонтанного разрыва пищевода и стеноза выходного отдела желудка. Хирургическая коррекция этих заболеваний, обязательно должна включать устранение нарушений эвакуации содержимого из желудка. В противном случае повышение давления в желудке вызовет рефлюкс содержимого в пищевод и приведет к несостоятельности швов на стенки пищевода с постоянным забросом желудочного содержимого в средостение и в брюшную полость.

Приводим собственное клиническое наблюдение сочетания этих двух патологий.

Пациент И. 1967 г.р. (ист. бол. № 5334\479) поступил в хирургическое отделение ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова 6.03.11 в 2 часа 50 мин. с направительным диагнозом: «Желудочно-кишечное кровотечение. Синдром Меллори-Вейса. Алкогольное опьянение». При поступлении больной предъявлял жалобы на тошноту, рвоту «кофейной гущей», боли в верхних

отделах живота возникшие после рвоты. В течении нескольких дней принимал алкоголь. В анамнезе около 20 лет назад было выполнено ушивание перфоративной дуоденальной язвы. Начата инфузионная и гемостатическая и антибактериальная терапия, вводились H₂-блокаторы. В течение первых 14 часов нахождения в стационаре, пациент отказывался от диагностических мероприятий: ФГДС и обзорной рентгенографии брюшной и грудной полостей. Клинических данных за продолжающееся кровотечение не было. В течении дня отмечалась рвота с примесью крови сопровождающаяся усилением боли в животе. ОАК: гемоглобин – 129 г/л, эритроциты - 4,2x10¹²/л лейкоциты - 12,6x10⁹/л. В 16.20 после очередного приступа рвоты у пациента произошло резкое усиление болей в верхнем отделе живота, выполнена ФГДС: в нижней трети пищевода имеется дефект слизистой 0,5x0,5 см. глубина 0,8 см с тромбами. Желудок осмотреть не удалось из-за большого количества в нем желудочного содержимого.

Заключение: Перфорация нижней трети пищевода? При обзорной рентгенографии брюшной полости под куполом диафрагмы свободный газ, грудная клетка без патологии. Взят на операцию по поводу перфорации полого органа. Верхне-срединная лапаротомия. В брюшной полости около 1 литра серозно-геморрагической жидкости с примесью желудочного сока. Желудок резко увеличен в размере, стенки его гипертрофированы. В области ДПК спаечный процесс, верхняя горизонтальная часть ее деформирована, просвет кишки в этой области резко сужен. Определяется крепитация тканей в области пищевода отверстия диафрагмы, ткани вокруг него и все связки инфильтрированы. Пищевод выделен взят на держалку. На 1,0 см. ниже уровня диафрагмы определяется дефект задней стенки пищевода 2,5×1,0 см. Дефект ушит однорядным швом викриловой нитью. Учитывая наличие признаков: 1) стеноза выходного отдела желудка, 2) в анамнезе - ушивания перфоративной дуоденальной язвы и 3) длительного течения язвенной болезни была выполнена резекция желудка в объеме 2/3 по Бильрот II в модификации Витебского. Для укрепления линии швов на пищеводе, выполнена фундопликация по Ниссену. Дренажирование брюшной

полости дренажами к области культи ДПК и к области пищевода отверстия диафрагмы. 08.03.11 выполнена обзорная рентгенография грудной клетки – заключение: двусторонняя пневмония, двусторонний плеврит. В этот же день выполнена плевральная пункция с обеих сторон. Эвакуировано 600 и 800 мл. серозно-мутного экссудата справа и слева. 10.03.11 повторная рентгенография грудной клетки вновь определяется накопление жидкости в плевральных полостях. Выполнено дренирование обеих плевральных полостей по Бюлау в VII межреберье по задней подмышечной линии. Дренажи из брюшной полости удалены на 16.03.11, из плевральных полостей 18.03.11. После купирования пневмонии, пациент был выписан из стационара на 30-е сутки от момента поступления.

Таким образом, при сочетании пилородуоденального стеноза и спонтанного разрыва пищевода, хирургическая коррекция, должна быть направлена как на ушивание дефекта пищевода так и на восстановление эвакуаторной функции желудка не смотря на увеличения объема оперативного пособия.

