

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Профессор Н. А. Никитин, В. А. Кондратьев

ДВОЙНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ ПРИ СИНДРОМЕ ЭЛЛИСОНА- ЦОЛЛИНГЕРА

Кировская государственная медицинская
академия
Оричевская ЦРБ

Под синдромом Эллисона-Цоллингера понимается заболевание, характеризующееся наличием опухоли островковой ткани поджелудочной железы, вырабатывающей гастрин, с развитием язвенного диатеза с желудочной гиперсекрецией и быстрыми рецидивами язвы, несмотря на медикаментозное и хирургическое лечение. Частота встречаемости синдрома среди пациентов с язвенной болезнью достигает 1% [2]. Язвы при этом часто осложняются кровотечением, перфорацией, пенетрацией, рецидивируют в короткие сроки после хирургического лечения (резекция желудка, ваготомия). Повторные вмешательства (резекции желудка после ваготомии и резекции желудка после ранее перенесенных резекций) не приводят к излечению больных, рецидивирование пептических язв, как правило, продолжается [2,3,4,5,6]. Чаще всего пептические язвы локализуются в гастроэнтероанастомозе, культе желудка, отводящей и приводящей кишках, реже – в пищеводе [2]. В литературе встречаются и единичные сообщения о двойной и даже множественной локализации пептических язв. Хирургическое вмешательство в подобных ситуациях нередко заканчивается летальными исходами [1,3,5].

Так Помелов В. С. и Булгаков В. А. наблюдали с неблагоприятным исходом больную с кровоточащими пептическими язвами отводящей и приводящей кишок и язвой нижней трети пищевода, пенетрирующей в аорту [1]. Пономарев А. Б. приводит наблюдение с летальным исходом больной с множественными язвами приводящей кишки и анастомоза, осложненными перфорацией и кровотечением [3]. Примеры успешного хирургического лечения осложненных пептических язв абдоминального отдела пищевода и отводящей кишки редки, подобное наблюдение приводят Ручкин В. И. и соавт. [5].

Учитывая редкость встречаемости двойной, в том числе и пищеводной локализации пептических язв при синдроме Эллисона-Цоллингера и высокую летальность при хирургическом лечении, приводим собственное успешное наблюдение.

Больной Т., 61 год, история болезни № 698, доставлен в хирургическое отделение Оричевской

ЦРБ 18 марта 1995 года машиной скорой помощи с жалобами на слабость, головокружение, стул черного цвета. Болен в течение суток. Язвенный анамнез в течение 10 лет. Трижды по этому поводу оперирован: в 1992 г. произведено ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, в марте 1993 г. выполнена резекция 2/3 желудка в связи с язвенным кровотечением, в октябре 1993 г. – ререзекция желудка по Ру на высоте кровотечения из пептической язвы анастомоза.

При поступлении состояние средней тяжести. В легких везикулярное дыхание. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 100 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, несколько болезненный в эпигастриальной области. При ректальном исследовании – на перчатке кал черного цвета. В общем анализе крови: эритроциты – $2,75 \times 10^{12}/л$, Hb – 81 г/л, Ht – 27%. При фиброгастроскопии в кардиальном отделе пищевода и в области гастроэнтероанастомоза выявлены язвенные дефекты без признаков продолжающегося кровотечения. Проводилась консервативная инфузионная, гемостатическая, гемозаместительная терапия.

На фоне проводимой терапии 21 марта развился рецидив кровотечения с падением показателей красной крови: эритроциты снизились до $2,0 \times 10^{12}/л$, Hb – до 70 г/л, Ht – до 19%.

По линии санитарной авиации вызван профессор Н. А. Никитин. После осмотра больного на месте ему предложена экстренная операция.

На операции (оперировал проф. Н. А. Никитин) в брюшной полости больше в верхнем этаже – выраженный спаечный процесс. Желудок резецирован по Ру, его культя небольших размеров интимно подпаяна к левой доле печени и селезенке. В отводящей кишке тотчас за гастроэнтероанастомозом воспалительный инфильтрат до 3 см в диаметре, в центре которого пальпируется глубокий язвенный кратер 1,5 см в диаметре, пенетрирующий в поджелудочную железу. Межкишечный анастомоз расположен на 40 см ниже гастроэнтероанастомоза без органической патологии. С учетом предшествующих операций рецидив пептической язвы расценен как проявление синдрома Эллисона-Цоллингера, решено выполнить гастрэктомия. Начата мобилизация культи желудка по обеим кривизмам вместе с участком отводящей кишки, несущим язву. При мобилизации большой кривизмы культи желудка в момент отделения ее от селезенки, из последней возникло кровотечение. Произведена спленэктомия. Мобилизация желудка и абдоминального отдела пищевода продолжена, при этом по левому контуру пищевода выявлен воспалительный инфильтрат, уходящий в наддиафрагмальное пространство. В центре инфильтрата язвенный кратер до 1,5 см,

пенетрирующий в диафрагму и средостение. Операционный доступ расширен по VII межреберью слева до лапароторакотомии. После рассечения диафрагмы выделена нижняя треть пищевода вместе с язвой. Выполнена гастрэктомия с участком отводящей кишки и резекцией нижней трети пищевода с формированием в плевральной полости эзофагоэюноанастомоза по Ру-Юдину-Сапожкову. В отводящую кишку проведен энтеральный зонд на 10 см ниже сохраненного межкишечного анастомоза. Левая плевральная полость и левое поддиафрагмальное пространство дренированы. Рана послойно ушита наглухо.

В послеоперационном периоде проводилась интенсивная инфузионно-трансфузионная и антибактериальная терапия. Энтеральный зонд удален на 4-е сутки, с 5-х суток начато кормление через рот. Швы сняты через 10 суток, рана зажила первичным натяжением. Через 3 недели от момента операции выписан под амбулаторное наблюдение врачей (хирурга и терапевта) по месту жительства.

Осмотрен через 8 лет после операции. Жалоб не предъявляет, ведет активный образ жизни. За медицинской помощью не обращался.

Список литературы

1. Помелов В.С., Булгаков Г.А. О диагностике и лечении синдрома Эллисона-Цоллингера // Клиническая медицина. – 1982. – Т. 60, № 6. – С. 58-62.
2. Пономарев А.А., Курыгин А.А. Редкие неопухолевые хирургические заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Л., М., 1987. – 230 с.
3. Пономарев А.Б. Гастронома двенадцатиперстной кишки с развитием синдрома Эллисона-Цоллингера // Архив патологии. – 1994. – №2. – С. 62-65.
4. Постолов П.М., Киселев Ю.М. Диагностика и лечение синдрома Эллисона-Цоллингера // Хирургия. – 1981. – №3. – С. 35-42.
5. Ручкин В.И., Егоров А.Ю., Попов М.О. Синдром Эллисона-Цоллингера // Клиническая медицина – 1987. – Т.65, №10. – С. 134-136.
6. Саенко В.Ф., Диброва Ю.А., Барамия Н.Н. Диагностика и лечение синдрома Эллисона-Цоллингера // Клиническая хирургия. – 1984. – №11. – С. 12-15.