

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© БРЕГЕЛЬ А.И., ХАНТАКОВ А.М., ЕВТУШЕНКО В.В. — 2009

СОЧЕТАНИЕ СПОНТАННО ОБРАЗОВАВШЕГОСЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО СВИЩА И ХРОНИЧЕСКОЙ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

А.И. Брегель^{1,2}, А.М. Хантаков², В.В. Евтушенко²(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав. — д.м.н. проф. С.Б. Пинский; ²МУЗ Клиническая больница № 1 г. Иркутска, гл. врач — Л.А. Павлюк)

Резюме. Представлено наблюдение больного со спонтанно образовавшимся гастродуоденальным свищом большого диаметра и хронической кровоточащей язвой желудка.

Ключевые слова: гастродуоденальный свищ, хроническая язва желудка, кровотечение, эзофагогастродуоденоскопия, диагностика, лечение.

COMBINATION OF SPONTANEOUSLY DEVELOPED GASTRODUODENAL FISTULA AND CHRONIC BLEEDING GASTRIC ULCER

A.I. Bregel^{1,2}, A.M. Hantakov², V.V. Evtuschenko²

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Municipal Clinical Hospital №1)

Summary. The paper presents follow-up supervision of the patient with spontaneously developed gastroduodenal fistula of enormous proportions and chronic bleeding gastric ulcer.

Key words: gastroduodenal fistula, chronic gastric ulcer, bleeding, esophagogastroduodenoscopy, diagnosis, treatment.

Спонтанное образование гастродуоденальных свищей, особенно протекающих без клинических проявлений и диагностированных при гастродуоденоскопии, является редкой патологией. Единственным методом достоверной дооперационной диагностики таких свищей является гастродуоденоскопия. Мы располагаем наблюдением сочетания острого язвенного желудочного кровотечения и спонтанно сформировавшегося гастродуоденального свища большого диаметра. Описания подобных наблюдений с успешной дооперационной эндоскопической диагностикой в доступной нам научной литературе мы не нашли.

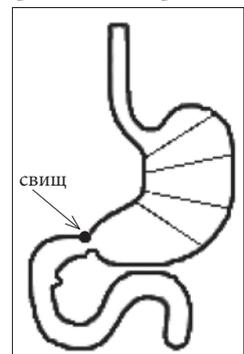
Больной Т. 57 лет доставлен в Клиническую больницу № 1 г.Иркутска 30.09.2008 с жалобами на рвоту «кофейной гущей». Считает себя больным в течение 3,5 час., когда после приема алкоголя появилась тошнота, рвота «кофейной гущей». В анамнезе постинфарктный кардиосклероз, сахарный диабет. Заболевания желудка, операции отрицает. Объективно состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, нормостеник. Цвет кожи и слизистых не изменён, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно, лимфоузлы не увеличены. Мышечная система развита удовлетворительно, костно-суставная система без особенностей. Грудная клетка не деформирована, при пальпации безболезненна, перкуторный звук легочной, дыхание везикулярное. Область сердца не изменена, тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в мин., шумов нет. Пульс на лучевых артериях удовлетворительно наполнения и напряжения, АД 110/80. Язык влажный, живот обычной формы и величины, не вздут, симметричен, участвует в дыхании, рубцов нет. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выходит из-под края рёберной дуги, желчный пузырь, селезёнка не пальпируются. Поясничная область не изменена, почки, мочевого пузыря не пальпируются. При лабораторном исследовании крови: СОЭ — 30 мм/час, лейкоциты — $7,4 \times 10^9$; эритроциты — $4,12 \times 10^{12}$; Hb — 118 г/л. 30.09.2008г. через 30 мин. после поступления проведена экстренная эзофагогастродуоденоскопия для постановки диагноза.

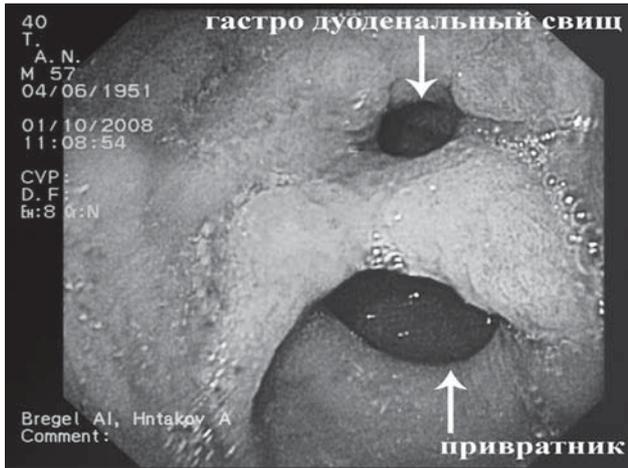
При эндоскопическом исследовании: пищевод свободно проходит, перистальтирует, слизистая розовая. Z-линия на 1,0 см выше кардии, с ровными контурами. Кардия в 40 см от резцов, перистальтирует, смыкается, свободно проходима. При инверсионном осмотре кардиальный жом

плотно охватывает аппарат. Желудок хорошо расправляется воздухом, перистальтика активная. В просвете большое количество темной жидкости в виде «кофейной гущи» с примесью алой крови и остатков пищи. Складки слизистой обычной высоты. Слизистая на видимых участках гиперемирована, отечна. В антральном отделе по малой кривизне определяется дефект слизистой округлой формы до 1,0 см в диаметре, вал воспаления вокруг дефекта не выражен, из дефекта тонкой струйкой подтекает алая кровь. Произведена аргон-плазменная коагуляция источника кровотечения. Кровотечение остановлено. Над привратником определяется овальной формы отверстие диаметром около 1,0 см, которое ведёт в луковичу двенадцатиперстной кишки (ДПК). Привратник симметричен, перистальтирует, смыкается, свободно проходит. Луковица ДПК деформирована, слизистая ее гиперемирована, отечна. Верхне-горизонтальная, нисходящая части не изменены.

Эндоскопическое заключение: острая язва антрального отдела желудка осложненная продолжающимся кровотечением малой степени интенсивности (Forrest 1B), гастродуоденальный свищ, рубцовая деформация луковицы ДПК, поверхностный гастродуоденит. Рекомендован эндоскопический контроль через сутки.

В последующие сутки состояние больного было стабильным, признаков рецидива кровотечения не отмечено. 01-10-2008г. с целью контроля за надёжностью эндоскопического гемостаза и уточнения диагноза проведена контрольная гастродуоденоскопия, при которой в просвете желудка имелась светлая жидкость, слизь, умеренное количество желчи. Складки слизистой обычной высоты. Слизистая на видимых участках гиперемирована, отечна в антральном отделе по малой кривизне определяется дефекта слизистой округлой формы размерами около 1,0 см в диаметре, вал воспаления выражен, дефект покрыт фибрином с вкраплениями бурого пигмента. Над привратником определяется входное отверстие гастродуоденального свища, овальной формы, раз-





Эндосфото 1.

мерами около 1,0 см, которое ведет в луковицу ДПК. (эндосфото 1). Привратник симметричен, перистальтирует,

зияет, свободно проходит. Луковица ДПК деформирована, слизистая ее гиперемирована, отечна, на правой боковой стенке определяется часть выходного отверстия гастродуоденального свища. Верхне-горизонтальная, нисходящая части ДПК не изменены. В просвете ДПК желчь.

Заключение: Хроническая язва антрального отдела желудка, без признаков рецидива кровотечения (Forrest 2С), гастродуоденальный свищ, рубцовая деформация луковицы ДПК, поверхностный гастродуоденит, недостаточность привратника, дуоденогастральный рефлюкс.

В дальнейшем состояние больного было стабильным, рецидива кровотечения не было. 6.10.2008г. был выписан из хирургического отделения. Рекомендовано проведение курса консервативной терапии с эндоскопическим контролем.

Таким образом, неотложная эзофагогастродуоденоскопия позволяет не только установить причину острого желудочного кровотечения и провести надёжный гемостаз с применением аргон-плазменной коагуляции, но и диагностировать такое редкое заболевание, как бессимптомно протекающий гастродуоденальный свищ большого диаметра.

Адрес для переписки: 664046, г. Иркутск, ул. Байкальская, 118,

Брегель Александр Иванович, зав. эндокринологическим отделением, профессор. Тел. (3952)703-717, e-mail: bregel@irk.ru

© ФОМИН С.А. — 2009

КОСМЕТИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЗАШИВАНИЯ КОНТАМИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ АППЕНДЕКТОМИИ

С.А. Фомин

(Кафедра факультетской хирургии (зав. — профессор А.А. Чумаков) Ярославской государственной медицинской академии (ректор — профессор А.В. Павлов))

Резюме. Разработан и внедрён «Косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии». Проведён анализ клинических результатов стационарного лечения. Изучены результаты амбулаторного послеоперационного лечения при использовании различных способов зашивания операционной раны. Показано уменьшение гнойно-воспалительных осложнений при использовании «Косметического способа зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии»

Ключевые слова: аппендэктомия, зашивание операционной раны, гнойно-воспалительные осложнения.

THE COSMETIC WAY OF MENDING CONTAMINATED OPERATIONAL WOUND IN APPENDECTOMY

S.A. Fomin

(Saratov State Medical Academy)

Summary. The cosmetic way of mending contaminated operational wound in appendectomy is developed and introduced. The analysis of clinical results of hospitalization is carried out. Results of out-patient postoperative treatment are studied in use of various ways of mending of an operational wound. Reduction of purulent-inflammatory complications in use of the cosmetic way of mending contaminated an operational wound is shown in appendectomy.

Key words: appendectomy, mending of an operational wound, purulent-inflammatory complications.

Косметический эффект после оперативного лечения зависит от способа зашивания раны и от используемого шовного материала. Качество шовного материала является одним из факторов, имеющих большое значение для заживления послеоперационной раны [2,4]. Вместе с тем остаются сомнения, что оставление в контаминированной ране инородного материала приводит к созданию более благоприятных условий для заживления раны в целом [3]. Высокий удельный вес гнойно-воспалительных осложнений в ургентной хирургии сдерживает широкое применение косметических швов.

Операционная рана при аппендэктомии традиционно зашивается послойно с использованием нерассасывающегося шовного материала. В литературе способы зашивания операционной раны в основном сводятся к способу зашивания кожи. Для зашивания кожи при аппендэктомии применяется несколько видов швов. Наиболее распространенным является простой узловый шов. Следующим по распространённости является шов

Донатти. Каждый из этих швов имеет свои преимущества и недостатки. Для самого распространенного простого узлового шва характерно нечеткое сопоставление краёв раны, трофические нарушения в стенках раны, часто возникающие «кожные метки». К недостаткам другого наиболее распространённого шва Донатти в ургентной хирургии следует отнести неудовлетворительный косметический результат вследствие образования грубых поперечных полос [1].

Мы рассматриваем способ зашивания операционной раны как многоэтапное действие, состоящее из нескольких последовательных и значимых мероприятий направленных на профилактику гнойно-воспалительных осложнений и косметических дефектов. Нами разработан и применяется «Косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии» (приоритет №2008147994(062850) от 04.12.2008.). Каждый этап в разработанном нами способе имеет свою цель и решает поставленную перед ним задачу.