

ПІЛОРОТРАНСВЕРЗАЛЬНА НОРИЦЯ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА

Чукла Р.О., Посівнич М.М., Лукавецький О.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії №1 (зав. - проф. Лукавецький О.В.)

Реферат

Мета. Поліпшення діагностики та лікування поєднаних ускладнень виразкової хвороби.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати обстеження, діагностики та хірургічного лікування поєданого ускладнення виразкової хвороби шлунка 54-річного пацієнта Х., який знаходився на стаціонарному лікуванні у II хірургічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ).

Результати й обговорення. У 54-річного пацієнта Х, з 20-ти річним анамнезом виразкової хвороби (ВХ) шлунка, розвинулось поєдане ускладнення, а саме: декомпенсований пілоростеноз, пенетрація виразки шлунка у поперечно-ободову кишку з утворенням пілоротрансверзальної норичі, які вдалося виявити тільки при виконанні КТ органів черевної порожнини з контрастуванням. Дані ускладнення призвели до виражених порушень водно-електролітного балансу та кислотно-лужної рівноваги. Після проведення корекції порушень, шляхом інтенсивної консервативної терапії, було виконано одномоментне оперативне втручання: верхньо-середина лапаротомія, резекція шлунка за Більрот-II з накладанням гастроентероанастомозу на короткій петлі, резекція поперечно-ободової кишки з накладанням трансверзо-трансверзального анастомозу по-типу кінець в кінець, санація та дренування черевної порожнини.

Висновки. Верифікація діагнозу при поєднаних ускладненнях ВХ вимагає розширеного діапазону діагностичного пошуку. Поєдані ускладнення виразкової хвороби, такі як пілоростеноз та пенетрація у поперечно-ободову кишку з утворенням пілоротрансверзальної норичі призводять до значних порушень водно-електролітного балансу та кислотно-лужної рівноваги. Одномоментне хірургічне втручання (резекція шлунка за Більрот-II з накладанням гастроентероанастомозу на короткій петлі, резекція поперечно-ободової кишки з накладанням трансверзо-трансверзального анастомозу за типом "кінець в кінець" можливе після тривалої корекції порушень водно-електролітного балансу та кислотно-лужної рівноваги.

Ключові слова: пілородуоденальний стеноз, пенетрація, пілоротрансверзальна норичя, хірургічне лікування

Abstract

A GASTROCOLIC FISTULA AS A COMPLICATION OF PEPTIC ULCER

CHUKLA R.O., POSIVNYCH M.M., LUKAVETS'KIY O.V.
The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

Aim. Improving the diagnosis and treatment of multiple

complications of peptic ulcer.

Materials and Methods. Retrospective analysis of clinical signs, results of laboratory, instrumental examinations and surgical treatment of multiple peptic ulcer complications in a 54-year-old patient H., who was treated at the Department of Surgery №2 of Lviv Regional Clinical Hospital.

Results and Discussion. In a 54-year-old patient with 20 years history of peptic ulcer, a combined complication developed: decompensated pyloric stenosis, penetration of gastric ulcers to the transverse colon with formation of a gastro-colic fistula, which was confirmed only at contrast CT of abdominal cavity. These complications led to severe disturbance of fluid-electrolyte and acid-base balance. After the correction of fluid-electrolyte and acid-base balance, a one-stage operation was performed - the Billroth II resection of the stomach with gastro-enterostomy on a short loop, and transverse colon resection with end-to-end anastomosis.

Conclusions. Verification of diagnosis in patients with peptic ulcers with multiple complications needs advanced diagnostic procedures. Combination of gastric outlet obstruction and penetration of peptic ulcer to the transverse colon with fistula formation lead to significant disturbances of water-electrolyte and acid-base balance. Simultaneous operation (Billroth II gastric resection and resection of the transverse colon with end-to-end anastomosis) is possible after thorough correction of fluid-electrolyte and acid-base balance.

Key words: gastric outlet obstruction, penetration, gastro-colic fistula, surgical treatment

Вступ

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки діагностується у 8-10% населення, та займає друге місце після серцево-судинної патології серед причин інвалідизації хворих. Широке застосування у сучасній гастроентерології нових антигелікобактерних та антацидних препаратів не вирішило питання суттєвого зменшення частоти ускладнень виразкової хвороби, у зв'язку з чим дана патологія залишається однією з найважливіших проблем хірургічної гастроентерології [1,2].

Поодинокі ускладнення ВХ трапляються у 45,2% хворих. Життєво небезпечними є поєднання двох ускладнень, частота яких трапляється у 41,4% хворих, трьох у 7,9% та чотирьох у 4,4% [3].

Прикладом такого важкого ускладнення

є поєднання пілородуоденального стенозу та пенетрації виразки у поперечно-ободову кишку з утворенням пілоротрансверзальної нориці.

Матеріал і методи

Ми проаналізували результати діагностики та хірургічного лікування поєданого ускладнення виразкової хвороби - пілородуоденального стенозу та пенетрації виразки у поперечно-ободову кишку з утворенням пілоротрансверзальної нориці у пацієнта Х., 54 роки, який знаходився на лікуванні у II хірургічному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ).

Опис клінічного спостереження

Хворий Х, 1954 р. н. поступив у хірургічну клініку зі скаргами на значне зниження маси тіла, нудоту, блювання, спрагу, проноси неперетравленими залишками їжі, набряки нижніх кінцівок, виражену загальну слабкість. Із анамнезу життя та захворювання відомо, що близько 20 років тому у хворого діагностовано ВХ шлунка, проте лікування не отримував. У зв'язку з погіршенням загального стану, яке тривало останні 6 місяців, звернувся за медичною допомогою.

При огляді та обстеженні встановлено: загальний стан хворого важкий. Ріст - 178 см., вага 52 кг. Шкіра та видимі слизові чисті, бліді, тургор шкіри знижений. Дихання ослаблене в нижніх відділах. Серцеві тони приглушені, Ps - 98 уд. на 1 хв., слабого наповнення, АТ - 110/70 мм.рт.ст. Язик підсихає, обкладений брудною смагою. Живіт приймає участь в акті дихання, при пальпації м'який, чутливий за всією протяжністю. Симптоми подразнення очеревини від'ємні. Визначаються позитивні симптоми наявності вільної рідини в черевній порожнині. Перистальтика ослаблена. Сечовиділення вільне, знижене, добовий діурез до 450 мл, симптом Пастернацького негативний з обох боків. Із лабораторних та інструментальних методів обстеження отримано наступні висліди: загальний аналіз крові: Нв - 86 г/л, Ег - $3,1 \times 10^{12}$ л, Le - $6,4 \times 10^9$ л, е-0%, п-6%, с-72%, л-32%, м-6%, РОЕ-20 мм/г; біохімічний аналіз: загальний білірубін - 6,7 мкмоль/л., загальний білок - 46,6 г/л, креатинін-59 мкмоль/л, калій-2,8 мкмоль/л, натрій 136 мкмоль/л, хлориди - 89 мкмоль/л, кальцій іонізований - 0,98 мкмоль/л, амілаза панкреатична -

13 од/л, АсАТ- 36 од/л, АлАТ - 35 од/л, лужна фосфатаза - 219 од/л, С-реактивний білок - 3,01; протеїнограма: загальний білок - 46,6 г/л, альбуміни - 37,8 відн.%, глобуліни - 63,2 відн.%; загальний аналіз сечі: кількість - 30,0 мл, колір - світло-жовтий, прозорість - слабо-каламутна, реакція - кисла, білок - 0,165 г/л, епітелій - 0-0-1 в п/з, лейкоцити - 2-4 в п/з, еритроцити - 1-3 в п /з, слиз - +, бактерії- +.

Рентгеноскопія ОГК та ШКТ: акт ковтання не порушений, стравохід вільно прохідний, шлунок різко опущений (нижній край на 17 см нижче гребеневої лінії), тривала відсутність пасажу; через 24 години контраст у термінальних відділах товстої кишки, яка переповнена газом. Фіброгастродуоденоскопія - слизова стравоходу гіперемійована, в шлунку слиз, подальший огляд неможливий. Ультразвукове обстеження органів черевної порожнини - асцит, синдром ураженого порожнистого органу (поперечно-ободової кишки), застійний жовчний міхур. Спіральна комп'ютерна томографія черевної порожнини та заочеревинного простору з контрастуванням - нориця між шлунком та товстою кишкою, асцит (рис. 1).

У передопераційному періоді хворому проводили інтенсивну інфузійну терапію із корегуванням водно-електролітного балансу та кислотно-лужної рівноваги, парантеральне харчування.

На десятий день перебування у клініці

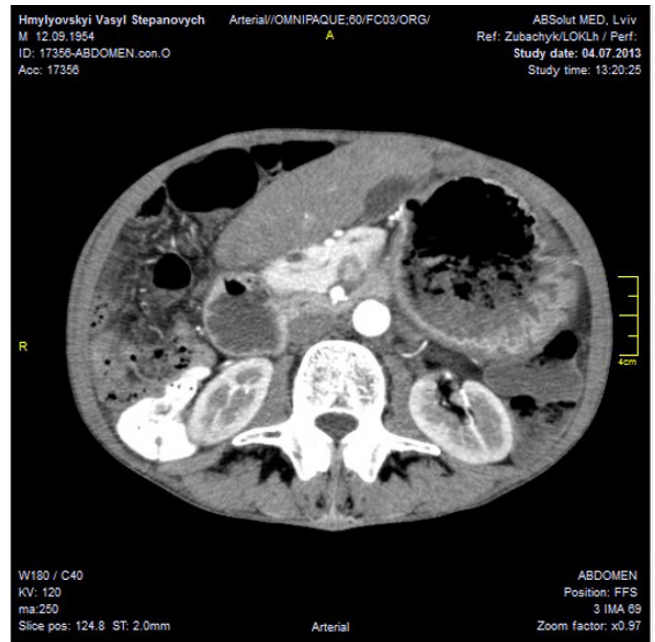


Рис. 1
КТ: пілоротрансверзальна нориця

хворому здійснене оперативне втручання, під час якого виявлено: шлунок значно збільшений (об'ємом до 5-5,5 л), нориця між пілоричним відділом шлунку та середньою третьою поперечно-ободовою кишки, помірну кількість асцитичної рідини. Виконано субтотальну резекцію шлунка за Більрот - II, гастроентероанастомоз на короткій петлі з використанням однорядного шву, резекцію поперечно-ободової кишки, трансверзо-трансверзальний анастомоз по типу "кінець в кінець", санацію та дренивання черевної порожнини. Для ентерального харчування поставлено назоентеральний зонд, який заведено нижче лінії гастроеюнального анастомозу. У зв'язку з потребою подальшої штучної вентиляції легень, в ранньому післяопераційному періоді хворий переведений у відділення ІТАР № 1, де знаходився 36 годин. В подальшому продовжив отримувати інтенсивну інфузійну терапію, парантеральне та ентеральне харчування, антибіотикопрофілактику.

Післяопераційний період протікав відносно гладко. На сімнадцяту добу після операційного втручання хворий виписаний у задовільному стані на амбулаторне спостереження хірурга за місцем проживання.

При контрольному огляді через три місяці стан хворого задовільний, скарги відсутні, маса тіла збільшилась до 64 кг.

Результати й обговорення

У 54-річного пацієнта, з 20-ти річним виразковим анамнезом, розвинулось поєднане ускладнення виразкової хвороби шлунка, а саме: декомпенсований пілоростеноз, пенетрація виразки шлунка у поперечно-ободову кишку з утворенням пілоротрансверзальної нориці, які підтверджено тільки при проведенні КТ черевної порожнини з контрастуванням. Дані ускладнення призвели до виражених порушень водно-електролітного балансу та кислотно-лужної рівноваги. Після проведення корекції порушень шляхом інтенсивної консервативної терапії було

виконано одномоментне оперативне втручання: верхньо-середина лапаротомія, резекція шлунка за Більрот-II з накладанням гастроентероанастомозу на короткій петлі, резекція поперечно-ободової кишки з накладанням трансверзо-трансверзального анастомозу по типу кінець в кінець, дренивання черевної порожнини.

Висновки

1. Верифікація діагнозу при поєднаних ускладненнях ВХ вимагає розширеного діапазону діагностичного пошуку.
2. Поєднані ускладнення виразкової хвороби, такі як пілоростеноз та пенетрація у поперечно-ободову кишку з утворенням пілоротрансверзальної нориці призводять до значних порушень водно-електролітного балансу та кислотно-лужної рівноваги.
3. Одномоментне хірургічне втручання із застосуванням однорядних швів можливе після тривалої корекції порушень водно-електролітного балансу та кислотно-лужної рівноваги.

Література

1. Sayenko V. F., Polinkevych B. S., Pustovit A. A. Surgery pyloroduodenal ulcers, development trends and prospects. *Surgery of Ukrainian* 2004; 2: 12-15. Ukrainian (В. Ф. Саєнко, Б. С. Полинкевич, А. А. Пустовит Хирургія пилородуоденальної язвы, тенденції розвитку и перспективи. *Хірургія України* 2004; 2: 12-15).
2. Korotky V. M., Kolosovych I. V., Krasovsky V. O., Miroshnychenko M. O., Chertischev S. S. Modern questions of surgery of complicated duodenal ulcers with perforation. *Clinical surgery* 2005; 1: 28-31. Ukrainian (В. М. Короткий, І. В. Колосович, В. О. Красовський, М. О. Мірошніченко, С. С. Чертіщев. Сучасні питання хірургії ускладнених перфорацією виразок дванадцятипалої кишки. *Шпитальна хірургія* 2005; 1: 28-31).
3. Kovalchuk L. Ya., Dzubanovskiy I. Ya., Maksimluk V. I., Svistun R.V., Bedenuk A. D., Shkrobot V. V. The updated organsaving operative measures at the complicated gastroduodenal ulcers cated. *Clinical surgery* 2005; 1: 20-24. Ukrainian (Л. Я. Ковальчук, І. Я. Дзюбановський, В. І. Максимлюк, Р. В. Свистун, А. Д. Беденюк, В. В. Шкробот. Модифіковані органозберігаючі та органощадні оперативні втручання при ускладнених гастродуоденальних виразках. *Шпитальна хірургія* 2005; 1: 20-24).