

УДК 616.32/.33-002-089

Тяжелое течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, обусловленное интраабдоминальной опухолевой компрессией

В.Д. Шейко, Б.Ф. Лысенко, А.Н. Билошапка, В.И. Парасоцкий, В.В. Чекини, В.В. Микитченко, Д.А. Лавренко.

Кафедра хирургических болезней (зав. - проф. Б.Ф.Лысенко)

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Реферат. Продемонстрирован случай профузного кровотечения из острых язв и эрозий слизистой оболочки пищевода на фоне вторичной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, обусловленной интраабдоминальной опухолевой компрессией двенадцатиперстной кишки и всех органов брюшной полости. Констатирована необходимость всестороннего обследования больного с кровотечением из острых эрозий и язв желудка и пищевода. Представлен опыт успешного лечения профузного кровотечения из язв пищевода, осложненного в послеоперационном периоде смешанной формой жировой эмболии.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, острые язвы.

Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в последние годы широко освещается в специальной печати. По данным литературы ГЭРБ встречается у 4-23% населения, преимущественно у мужчин [1,2]. К факторам риска возникновения этой патологии относят желудочную гиперсекрецию, сухоедение, ожирение и малоподвижный образ жизни. Основной причиной развития ГЭРБ является нарушение замыкательной функции кардиоэзофагеального сфинктера, вплоть до его полной несостоятельности. В абсолютном большинстве наблюдений недостаточность кардии сочетается с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы [1,2]. Актуальность проблемы ГЭРБ обусловлена не только высокой вероятностью развития облигатного предракового заболевания – пищевода Баррета – метаплазии слизистой пищевода под воздействием заброса желудочного и дуоденального

содержимого, но и опасных для жизни кровотечений из эрозивно-язвенных поражений слизистой пищевода.

Кровотечение из эрозий и язв кардиоэзофагеальной зоны выявляется эндоскопически у 7-15% больных, которые госпитализируются с острыми желудочно-кишечными кровотечениями [3,4]. При этом эрозивно-язвенные поражения слизистой пищевода часто сочетаются с варикозным расширением вен, синдромом Маллори-Вейсса. Профузное кровотечение из эрозий и язв пищевода на фоне ГЭРБ встречается в клинической практике довольно редко и представляет серьезную проблему для urgentных хирургов.

Приводим наблюдение.

Больной П., 57 лет, И.Б. № 813, поступил в хирургическое отделение 3.02.05 в 18 ч 20 мин в urgentном порядке, спустя 3 часа от начала заболевания, с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. За три часа до госпитализации появилась резкая слабость, головокружение, четыре раза была обильная рвота алой кровью, через час – обильный жидкий дегтеобразный стул.

Три месяца назад госпитализировался в один из стационаров города с аналогичной клинической картиной, при эндоскопии выявлено кровотечение из острых эрозий и язв желудка и пищевода, гемостаз достигнут консервативной терапией, был выписан в удовлетворительном состоянии. Эрозивно-язвенное поражение слизистой пищевода и желудка расценено как следствие приема недоброкачественной пищи.

При госпитализации: больной крупного телосложения, повышенного питания, работает водителем автобуса, хронические заболевания и вредные привычки отрицает, регулярно проходит медосмотры. Общее состояние больного тяжелое, в сознании, но резко заторможен. Кожа и видимые слизистые оболочки резко бледные. Пульсация периферических артерий не определяется. ЧСС 120 в 1 мин. АД 60/40 мм рт. ст. Дыхание везикулярное равномерное, ЧДД 20 в мин. Язык влажный, обложен коричневым налетом. Живот обычной формы, несколько увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера обычный, ампула заполнена жидким калом черного цвета с включениями темной крови. Анализ

крови: эр. $2,7 \times 10^{12}$ в 1 л, Нв 82 г/л, Нт 0,28. ФГДС – при введении фиброскопа в пищевод, аппарат «заливает» алой кровью.

Диагноз: Продолжающееся профузное гастродуоденальное кровотечение, геморрагический шок IV ст (терминальное состояние).



Рис.1. Удаление гигантской липомы забрюшинного пространства.



Рис.2. Гигантская липома 70x50x40 см, масса – 12 кг.

На фоне проводимой интенсивной противошоковой терапии больной взят в операционную. Лапаротомия. При ревизии: всю полость живота от диафрагмы до малого таза выполняет гигантская липома, исходящая из правого забрюшинного пространства, органы не визуализируются.

При активной тракции реберных дуг выявлена правая доля печени, весь кишечник располагается в левом боковом канале, при этом диаметр как тонкой так и толстой кишок не превышает 1,0-1,5 см, в просвете – жидкая кровь. Рассечена париетальная брюшина над опухолью и в брюшную полость выведена гигантская липома в капсуле 70x50x40 см (Рис.1 и 2), сосудистая ножка выходит из-под m. Psoas на уровне L4. Липома удалена.

При дальнейшей ревизии практически «пустой», после удаления опухоли, брюшной полости выявлено, что в области нижнего изгиба двенадцатиперстной кишки сформировалась «двустволка» вследствие опухолевой компрессии, все органы живота смещены вверх и влево, резко уменьшены в размерах.

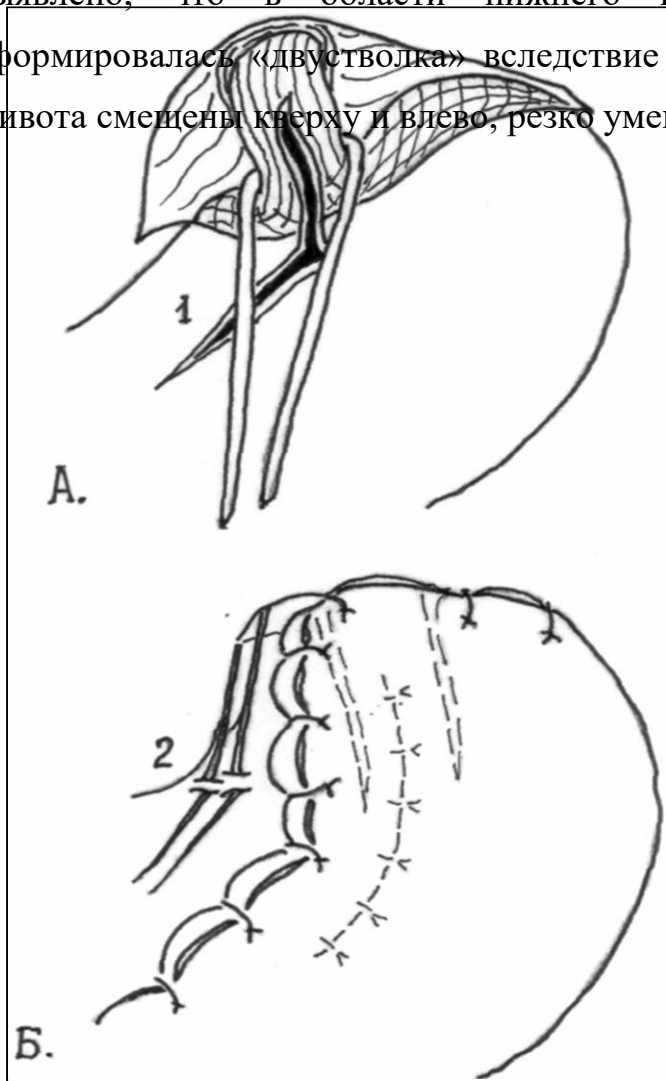


Рис.3. Этапы операции: А – гастро-эзофаготомия, Б – ушивание гастро-эзофаготомии (1) с фундопликацией и ваготомией (2).

Продольная гастродуоденотомия в пилороантральной зоне: в желудке двухлитровый сверток крови – удален, выявлено подтекание алой крови от кардии. Мобилизован свод желудка и абдоминальный отдел пищевода, выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Абдоминальный отдел пищевода скелетирован и взят на ПХВ-турникет. Продольная гастротомия в субкардиальном отделе: «розетка» кардии в поверхностных язвах, распространяющихся на пищевод, в супракардиальном отделе пищевода глубокие продольные язвы до 4 см длиной, сливающиеся циркулярно в «языки пламени». В одной из язв выявлено кровотечение тонкой пульсирующей струей. С осуществлением тракции книзу за пищеводный

турникет, при которой в брюшную полость выведено до 6-8 см пищевода, гастротомия «клюшкообразно» продлена на пищевод, кровоточащий в язве

сосуд прошит – гемостаз (Рис.3, А). Гастротомия в антральном отделе ушита двухрядным швом, в кардии и пищеводе – однорядным. Наложены швы на ножки диафрагмы - ликвидированы грыжевые ворота. Передний и задний блуждающие нервы пересечены ниже уровня отхождения печеночной и чревной ветвей – двусторонняя селективная ваготомия. Произведена фундопликация по Ниссену, при которой укрыт и перитонизирован однорядный шов после гастрозофаготомии (Рис.3, Б). На завершающем этапе вмешательства мобилизована двенадцатиперстная кишка по Кохеру с устранением патологической «двустволки» и низведен дуоденоюнальный переход по Стронгу. Операция закончена дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства справа. Продолжительность операции – 2 часа 10 минут.

Препарат: липома в капсуле 70x50x40 см однородной структуры, масса – 12 кг, гистологическое заключение – липома.

Послеоперационный диагноз: Гигантская липома забрюшинного пространства с абдоминальной кампрессией органов живота, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, сдавлением двенадцатиперстной кишки с дуодено-гастро-эзофагеальным рефлюксом, эрозивно-язвенный эзофагит, осложненный рецидивным профузным кровотечением, геморрагическим шоком IV ст. (терминальное состояние).

Послеоперационный период протекал тяжело. Гемодинамические показатели стабилизировались к концу операции, на спонтанное дыхание больной переведен спустя два часа. Анализ крови после гемодилюции: эр. $2,5 \times 10^{12}$ в 1 л, Hb 76 г/л, Ht 0,23, лейкоциты – $6,2 \times 10^9$ в 1 л., СОЭ – 40 мм/ч. Однако со вторых суток послеоперационного периода у больного выросли признаки острой дыхательной недостаточности по типу респираторного дистресс синдрома с тахипноэ до 32 в минуту, насыщением крови кислородом (SaO_2) менее 90% и характерной рентгенологической картиной в легких. К началу третьих суток развилась картина энцефалопатии с выраженным психомоторным возбуждением, делирием и суицидальной попыткой – больной разбил окно и пытался выброситься с 4-го этажа. Учитывая объем операции и характер осложнений, у больного констатирована смешанная форма жировой

эмболии, подтвержденная через сутки признаком Пурчера – сегментация переполненных сосудов сетчатки при исследовании глазного дна. В лечебную программу дополнительно введены: респираторная терапия с ингаляцией кислорода через маску ($FiO_2 \approx 0,3-0,4$), которая позволила снизить частоту дыханий до 20 в мин. и SaO_2 поддерживать на уровне 98-100%; эссенциале 15 мл/сут., реополиглюкин 200 мл/сут., пентоксифиллин 10 мл/сут., никотиновая кислота 5 мл/сут., фраксипарин 0,6 мл/сут. На фоне проводимой терапии состояние больного нормализовалось: явления дыхательной недостаточности и энцефалопатии купированы в течение 5 суток, в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение на 13 сутки после операции.

Осмотрен через 6 месяцев: состояние удовлетворительное, работает по специальности, диету не соблюдает, отмечает звучное урчание в животе и ощущение «перемещения кишок» при изменении положения тела после приема пищи.

Таким образом, мы наблюдали профузное рецидивное кровотечение из эрозий и язв пищевода, на фоне вторичной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, обусловленной интраабдоминальной опухолевой компрессией двенадцатиперстной кишки и всех органов брюшной полости. Целью демонстрации являются: во-первых, констатация необходимости всестороннего обследования больного с кровотечением из острых эрозий и язв желудка, пищевода и двенадцатиперстной кишки, которое в данном наблюдении позволило бы своевременно, при первой госпитализации, выявить гигантскую опухоль в полости живота и провести адекватное лечение в плановом порядке; во-вторых, поделиться опытом успешного лечения крайне тяжелой ургентной патологии.

Литература:

1. Бабак О.Я., Фадеев Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – К.: Интерфарма, 2000. – 175 с.
2. Вдовиченко В.І., Острогляд А.В. Гастроэзофагеальна рефлексна хвороба: нерозв'язані питання і перспективи в світлі консенсусу „GERD 2003” // Medicus amicus. – 2005. - №2. – С.20.

3. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. – М.: М., 1987. – 256 с.

4. Хохоля В.П., Саенко В.Ф., Доценко А.П., Губник В.В. Клиника и лечение острых язв пищеварительного канала. - К.: Здоров'я, 1989. - 166с.