

АРТЕРИО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ СВИЩИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Е.Г. Григорьев^{1,2}, С.А. Гельфанд³, Н.И. Аюшинова^{1,4}, Т.В. Очирова¹, М.Б. Агеенко¹, В.И. Капорский^{1,3}

¹ Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН,

² Иркутский государственный медицинский университет МЗ РФ,

³ Иркутская государственная областная клиническая больница,

⁴ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования МЗ РФ, Иркутск, Российская Федерация

ARTERIO-MESENTERIC COMPRESSION OF THE DUODENUM. RECURRENT POSTOPERATIVE FISTULAS OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL (CASE REPORT)

Y.G. Grigoryev^{1,2}, S.A. Gelfand³, N.I. Ayushinova^{1,4}, T.V. Ochirova¹, M.B. Ageyenko¹, V.I. Kaporskiy^{1,3}

¹ Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery Siberian Branch of RAMS,

² Irkutsk State Medical University,

³ Irkutsk Regional Clinical Hospital,

⁴ Irkutsk State Medical Academy of Continuous Education, Irkutsk, Russian Federation

РЕЗЮМЕ

Представлен результат обследования и лечения пациента с хроническим нарушением пассажа по верхним отделам желудочно-кишечного тракта, вызванным хронической артерио-мезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки; множественными рецидивирующими послеоперационными свищами передней брюшной стенки.

Ключевые слова:

двенадцатиперстная кишка, артерио-мезентериальная компрессия, хроническое нарушение пассажа по двенадцатиперстной кишке.

ABSTRACT

The work presents the result of diagnostics and treatment of the patient with chronically disturbed passage of upper gastrointestinal tract, caused by chronic arterio-mesenteric compression of the duodenum and multiple recurring postoperative fistulas of anterior abdominal wall.

Keywords:

duodenum, arterio-mesenteric compression, chronically disturbed passage along the duodenum.

АМК — артерио-мезентериальная компрессия
ДПК — двенадцатиперстная кишка
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

УЗИ — ультразвуковое исследование
ХНДП — хроническое нарушение дуоденальной проходимости
ЯМРТ — ядерно-магнитная резонансная томография

Впервые клиническую картину хронической дуоденальной непроходимости (правильнее — хроническое нарушение пассажа) детально описал в 1927 г. *D. Wilkie* [1, 2]. Хроническое нарушение пассажа по двенадцатиперстной кишке (ДПК) остается предметом дискуссий в гастроэнтерологии, при этом обозначаются диаметрально противоположные точки зрения: от факта признания до полного отрицания такого заболевания [2, 3]. Одной из причин хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП) является артерио-мезентериальная компрессия ниже-горизонтальной ветви ДПК [1, 2, 4].

Пациент М., 17 лет, поступил в госпитальную хирургическую клинику 05.05.2009. Госпитализация плановая. Предъявлял жалобы на наличие свища в левой

боковой области со скудным серозно-геморрагическим отделяемым, снижение массы тела более чем на 20 кг за 2 последних года, ощущение переполнения желудка после еды, отрыжку воздухом, иногда «срыгивание» небольшого объема съеденной пищи, склонность к запорам. Мать пациента отмечает, что на проявления диспепсии обращала внимание сразу после первого кормления ребенка в послеродовом периоде.

Из анамнеза болезни: 27.03.2007 в хирургическом отделении по месту жительства выполнена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита из косога переменного доступа по Волковичу-Дьяконову. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений.

Через 1 мес вновь госпитализирован в отделение по поводу инфильтрата и свища с гнойным отделяемым в области послеоперационного рубца. Выполнено иссечение рубца со свищом. Однако состояние пациента не улучшалось, сохранялась субфебрильная и фебрильная температура. При контрольном УЗИ живота выявлен выпот в малом тазу. Диагностическая лапароскопия установила признаки энтерита, серозный выпот в нижнем этаже брюшной полости. Клеточный состав выпота — лимфоциты, споры гриба. После консервативного лечения выписан с улучшением.

В течение последующих 6 мес в связи с рецидивом свищей передней брюшной стенки с подозрением на болезнь Крона пациент обследован и оперирован в специализированном отделении. Выполнена нижне-срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости — патологии не выявлено. Свищи передней брюшной стенки (правая и левая подвздошные области) иссечены. Выписан с выздоровлением.

Однако через 3 мес рецидив свища в левой подвздошной области. Иссечение. Рецидив.

Через 1,5 года после аппендэктомии при ядерно-магнитной резонансной томографии (ЯМРТ) выявлен инфильтрат левого забрюшинного пространства до 8 см в диаметре. Выполнено иссечение свища в левой подвздошной области. При гистологическом исследовании иссеченных тканей — признаки неспецифического воспаления.

Однако свищ вновь рецидивировал. Выполнена биопсия лимфоузлов по краю левой грудной мышцы — специфической патологии не выявлено. Обследован урологами на предмет незаращения урахуса — патологии нет. Направлен в отделение гнойной хирургии областной клинической больницы г. Иркутска.

Патологических изменений в рутинных анализах крови, мочи не выявлено. Контрольная ЯМРТ живота — патологии не установлено.

В анамнезе жизни указаний на врожденные болезни, вредные привычки, аллергию на лекарства и пищу не выявлено.

При осмотре состояние удовлетворительное, пациент спокоен, активно отвечает на вопросы. Кожный покров бледный. Масса тела 45 кг, рост 173 см, индекс массы тела 13,1. Периферические лимфоузлы не определяются. Грудная клетка нормостеническая, тип дыхания смешанный, при аускультации легких — везикулярное, проводится по всем полям. АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС — 90 уд./мин. Патологических шумов в

области сердца не определяется. Язык обложен белым налетом, запаха изо рта нет. Живот втянут, участвует в акте дыхания. На передней брюшной стенке множественные послеоперационные рубцы, грыжевидных выпячиваний нет. В левой паховой и боковой области косой послеоперационный рубец до 15 см длиной, в верхней трети его свищ до 1 см в диаметре с гипергрануляционными краями до 2 см глубиной, отделяемое серозно-геморрагическое (рис. 1).

Поясничная область не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Анус сомкнут, тонус сфинктера сохранен, ампула свободная, кал обычного цвета.

Учитывая длительный анамнез болезни, пациенту запланировано обследование всех сегментов желудочно-кишечного тракта, исключение различных специфических инфекций.

В анализах крови, мочи, кала — отклонений от нормы не выявлено.

УЗИ живота — структурных изменений паренхиматозных органов, свободной жидкости и ее скоплений в брюшной полости и забрюшинном пространстве не выявлено.

При проведении фиброгастродуоденоскопии не удалось расправить луковицу ДПК воздухом и провести аппарат в постбульбарный отдел из-за выраженной болезненности. Сложилось впечатление о сдавлении ДПК извне.

По данным мультиспиральной компьютерной томографии живота, слева в боковой области определяется инфильтрация подкожной жировой клетчатки, визуализируется линейный тяж до 10 мм шириной (свищ).

20.05.2009 выполнено иссечение свища (хирург — С.А. Гельфанд), который слепо заканчивался над апоневрозом. Материал направлен на гистологическое исследование. Заключение № 8474 — в ткани свища хроническое продуктивное неспецифическое воспаление, фрагменты шовного материала.

При более тщательном сборе анамнеза выяснилось, что пациент с детства не может есть грубую пищу из-за появления ощущения тяжести и болей в эпигастрии. Пищу принимает часто, небольшими порциями.

При рентгеноконтрастной дуоденографии ДПК туго контрастирована бариевой взвесью до уровня ее перехода влево от позвоночника на уровне L_3 . Обнаружено сужение нижней горизонтальной ветви ДПК. Регургитация бария в желудок (рис. 2). Через



Рис. 1. Внешний вид передней брюшной стенки пациента М. при поступлении в клинику

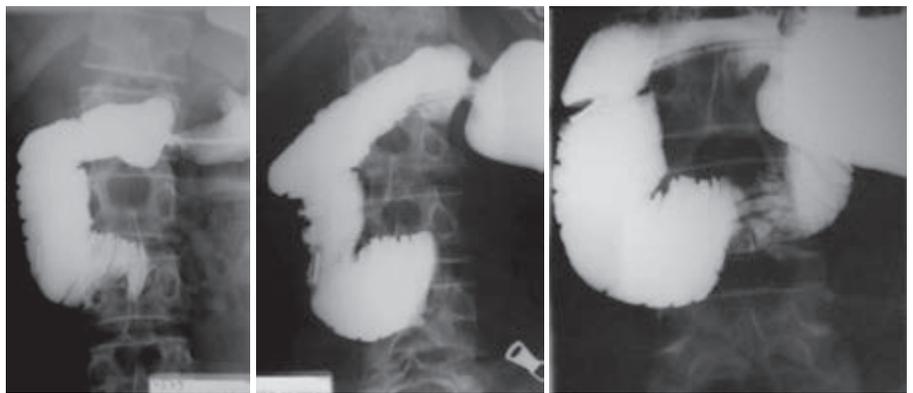


Рис. 2. Дуоденограмма пациента М.

30 мин обычный пассаж бария дистальнее сужения по нижней горизонтальной ветви ДПК. Заключение: рентген-признаки артериомезентериальной компрессии ДПК.

При ангиографии брюшной полости выявлено, что верхняя брыжеечная артерия отходит от аорты под углами менее 30° (рис. 3).

26.05.2009 пациенту выполнена селективная ангиография верхнебрыжеечной артерии. Выявлено, что она отходит от аорты под углом менее 30° (рис. 3).

Учитывая данные обследования, отсутствие признаков специфического воспаления и наличие клинических и инструментальных признаков хронического нарушения пассажа по ДПК, вызванного артериомезентериальной компрессией, принято решение об оперативном лечении.

28.05.2009 выполнена операция Робинсона (хирург — Е.Г. Григорьев).

Полная срединная лапаротомия. Предлежит большой сальник, представленный преимущественно дубликатурой брюшины с небольшими жировыми прослойками (истощение), фиксирован в правой подвздошной области. Сальник освобожден. Часть сальника взята для гистологического исследования. Петли тонкой кишки спавшиеся. Пересечены элементы связки Трейтца. Вертикальная и нижняя горизонтальная ветви ДПК мобилизованы по Кохеру–Сенчилло. Они дилатированы, стенка гипертрофирована. Сильно заметна разница в диаметре ДПК до сосудистого мезентериального пучка и левее его. Крючковидный отросток поджелудочной железы необычно больших размеров с хорошо сохраненной структурой. На расстоянии 10 см от дуоденоюноанального перехода тощая кишка пересечена. Проксимальный сегмент ДПК перемещен правее мезентериальных сосудов, проведен в нижний этаж брюшной полости через «окно» в брыжейке поперечной ободочной кишки ближе к правому изгибу. Наложен дуоденоюноанастомоз «конец в конец» непрерывным внеслизистым швом нитью 3.0, иглой 20 (рис. 4). Фиксация приводящей кишки к брыжейке поперечной ободочной кишки. Назодуоденальный зонд. Дренажи под печень и в малый таз. Швы на рану передней брюшной стенки.

Послеоперационный период протекал с клиникой нарушения пассажа по ДПК, который удалось купировать консервативно путем приема гастрокинетиков, зондовым кормлением, коррекцией электролитов и белков крови, физиопроцедурами. Зонд удален на 10-е сут. В течение 1 нед самостоятельного питания пациент поправился на 700 г. Срединная рана зажила первичным натяжением. Рана в левой подвздошной области чистая, заживает вторичным натяжением. Гистологическое заключение № 9192 — 1-й фрагмент (резецированная часть большого сальника) — жировая ткань с фиброзными прослойками и фрагментами шовного материала. 2-й фрагмент — стенка тонкой кишки с картиной хронического активного воспаления и очаговой поверхностной эрозией.

В контрольных анализах крови патологических изменений нет.

На 51-е сут от момента поступления и на 28-е сут после операции пациент в удовлетворительном состоянии, поправившись на 1 кг, выписан по месту жительства (Хабаровский край) (рис. 5). В последующем в клинику не обращался.

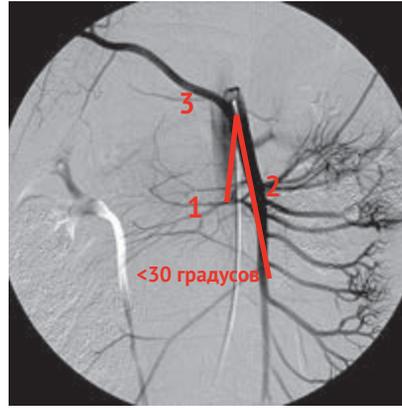


Рис. 3. Ангиограмма аорты и верхнебрыжеечной артерии. 1 — аорта, 2 — верхнебрыжеечная артерия, 3 — правая печеночная артерия

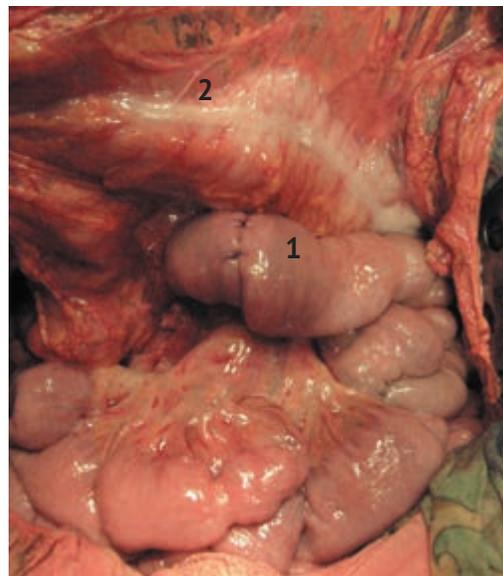


Рис. 4. Дуоденоюноанастомоз (1), поперечная ободочная кишка (2)



Рис. 5. Пациент М. в день выписки

Заключительный диагноз.

Основной. Хроническая артерио-мезентериальная компрессия нижней горизонтальной ветви ДПК.

Осложнения. Хроническое нарушение пассажа по ДПК, субкомпенсированная форма. Кахексия (индекс массы тела — 13,1).

Сопутствующий. Рецидивирующие послеоперационные свищи передней брюшной стенки.

Таким образом, нарушение пассажа по ЖКТ у пациента прослеживается с младенчества. Целенаправлен-

ный сбор анамнеза и проведенные исследования позволили установить причину моторно-эвакуаторных нарушений ДПК и провести эффективную хирургическую коррекцию. Причина непрерывного рецидивирования свищей в послеоперационных рубцах передней брюшной стенки до конца не понятна (болезнь Крона с большой вероятностью исключена). Возможно хроническое нарушение пассажа по ЖКТ и вызванное им истощение привели к снижению иммунного ответа и репаративных возможностей организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Назаров В.Е., Кабанов М.Ю. Методы фармакологической коррекции двигательно-эвакуаторных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки // Рус. мед. журн. Болезни органов пищеварения. – 2004. – №1. – С. 19–23.
2. Звягинцева Т.Д., Мирзоева Л.А., Шаргород И.И. Хроническая дуоденальная непроходимость: учеб. пособие. – Харьков, 2006. – 42 с.
3. Лоранская И.Д., Вишневецкая В.В. Изучение моторной функции желчевыведительной системы и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта // Рус. мед. журн. Болезни органов пищеварения. – 2004. – № 1. – С. 2–7.
4. Циммерман Я.С. Очерки клинической гастроэнтерологии. – Пермь: Изд-во ПГУ, 1992. – С. 287–316.

REFERENCES

1. Bagnenko S.F., Nazarov V.E., Kabanov M.Yu. Metody farmakologicheskoy korrektsii dvigatel'no-evakuatornykh narusheniy zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Methods of pharmacological correction of the motor-evacuation disorders of the stomach and duodenum]. *Russ. med. zhurn. Bolezni organov pishchevareniya*. 2004; 1: 19–23. (In Russian).
2. Zvyagintseva T.D., Mirzoeva L.A., Shargorod I.I. *Khronicheskaya duodenal'naya neprokhodimost': ucheb. posobie* [Chronic duodenal obstruction: a tutorial]. Khar'kov, 2006. 42 p. (In Russian).
3. Loranskaya I.D., Vishnevskaya V.V. Izuchenie motornoy funktsii zhelcheyveditel'noy sistemy i gastroduodenal'noy zony pri patologii biliarnogo trakta [The study of motor function and biliary system gastroduodenal pathology in the biliary tract]. *Russ. med. zhurn. Bolezni organov pishchevareniya*. 2004; 1: 2–7. (In Russian).
4. Tsimmerman Ya.S. *Ocherki klinicheskoy gastroenterologii* [Sketches of Clinical Gastroenterology]. Perm': PGU Publ., 1992. 287–316. (In Russian).

Поступила 03.03.2014

Контактная информация:

Аюшинова Наталья Ильинична,
к.м.н., врач-хирург отделения гнойной хирургии №1
клиники ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН
e-mail: katnatlove@mail.ru