

## Острая атония желудка

А.Б. Хрущёв, Е.Г. Захаров

Хирургическое отделение ММУ \* Ревдинская городская больница \*

Острая патология желудка разнообразна, но иногда даже во время операции разобраться в причинах далеко не всегда возможно и легко. В хирургической практике по литературным данным редко встречается острая атония желудка, осложненная его расширением (в России впервые острое расширение желудка описал Н.С. Засядько в 1889 году), которое является тяжёлой формой высокой непроходимости желудочно-кишечного тракта. При операции по поводу кишечной непроходимости основной целью всегда является спасение жизни больного самым простым способом и ставиться задача добиться его выздоровления. Определённый интерес для практических хирургов представляет наше клиническое наблюдение, предлагаем его вашему вниманию.

**Больной М., 72 года**, доставлен из районного центра в приёмное отделение 7 октября 2003 года в 18 часов 45 минут с направительным диагнозом: "Острый живот", прободная язва желудка?, хроническая эмпиема плевры с функционирующим дренажем слева.

Жалобы при поступлении: увеличение в размерах живота, боль постоянного характера по всему животу с иррадиацией в левую половину грудной клетки, тошноту, задержку стула и газов. Прогрессивное ухудшение состояния отмечает в течении недели, за медицинской помощью не обращался. Из анамнеза выявлен "букет" сопутствующей патологии:

1. Гастрит с повышенной кислотностью с 20-летнего возраста.

2. Язвенная болезнь, диагностированная в 1983 году: язва ДПК, осложненная кровотечением. Проводилась консервативная терапия с положительным эффектом - язва зарубцевалась..

3. ИБС, стенокардия напряжения II-ой функциональный класс.

4. Хроническая обструктивная болезнь легких.

5. Силикотуберкулез с 1963 года.

6. Рак легкого; больной прооперирован радикально в 1993 году в пульмоцентре г. Екатеринбурга. В послеоперационном и отдален-

ном периоде страдает хронической эмпиемой плевры с функционирующим дренажем слева. На предоставленной флюорограмме больного М., спустя 10 лет после операции левосторонней пульмонэктомии, остаточная плевральная полость оперированной стороны, смещение органов средостения влево. Левый купол диафрагмы приподнят до уровня IV-го ребра (рисунок 1).

При объективном обследовании: состояние тяжелое, положение вынужденное - лежа на спине, больше на правом боку. Больной резко истощён и обезвожен. В сознании, астенического телосложения, кожный покров бледного цвета. Пульс 100 в минуту, слабого наполнения, АД 100/60 мм. рт. ст. Частота дыхания 24 в минуту, поверхностное, слева не определяется. Язык сухой. Живот значительно увеличен в размерах, асимметричный, имеется выраженная подкожная венозная сеть на передней брюшной стенке. При пальпации болезненный в эпигастральной и мезогастральной области, напряжен. Перкуторно определяется высокий тимпанит, симптомов раздражения брюшины нет.

Проведено рентгенологическое и лабораторное исследование. На обзорной рентгеноскопии брюшной полости, с последующей рентгенографией через 12 часов после дачи контрастного вещества, желудок остаётся растянутым, переполненной жидкостью, содержащей остаток контрастной массы. Свободного газа в брюшной полости не определяется.

**Заключение:** декомпенсированный стеноз привратника (рисунок 2).

При лабораторном исследовании выявлены отклонения от нормы показателей анализов: крови, функции печени и почек. В течении последующих 2-х суток проводилась активная консервативная терапия, систематическая аспирация желудочного содержимого в объёме до 5- 6 литров, промывание желудка.

**09.10.2003 г.** выполнена фиброгастроскопия: желудок больших размеров, содержит до 1,5 литров мутной жидкости, складки его сглажены, неправильной формы. Слизистая диффузно

гиперимирована с множеством поверхностных эрозий, с бляшками фибринозного налета размером до 1см и меньше. Отверстие привратника не перистальтирует, биопсия не взята по техническим причинам.

**Заключение:** инфильтративный тумор желудка с эрозиями?, декомпенсированный стеноз привратника?

Учитывая малоэффективность консервативной терапии, нарастающие клинические проявления поражения брюшины, изменения клеточного состава крови, больному по неотложным жизненным показаниям предложено оперативное лечение. Получено согласие больного на операцию.

**10.10.2003 г.** Операция (Хрущёв А.Б.): верхне-срединная лапаротомия. Parietalная брюшина гиперимирована, желудок значительных размеров (по большой кривизне - 47 см, по малой кривизне - 25 см). На передней стенке ДПК имеется звездчатой формы рубец белесоватого цвета, выходное отверстие желудка пальпаторно диаметром до 1 см - 1,5 см. В верхнем этаже брюшной полости и по правому флангу имеется геморрагический выпот до 600 мл, аспирирован. Печень дряблая, коричневого цвета, желчный пузырь не напряжен. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа, почки пальпаторно не изменены. Сформирован передний гастроэнтероанастомоз на длинной петле по Вельвлеру с энтероэнтероанастомозом по Брауну, в отводящую петлю проведен зонд для энтерального питания. Взят биоптат слизистой стенки желудка. В брюшную полость установлены дренажи через отдельные проколы передней брюшной стенки. Гемостаз по ходу операции, салфетки, инструменты все. Рана брюшной стенки ушита послойно, наглухо. Асептическая повязка.

#### Диагноз:

1. Острая атония желудка, осложненная его расширением, на фоне дегенеративных изменений вегетативной нервной системы с нарушением моторной - эвакуаторной регуляции.

2. Рубцовая деформация привратника осложненная субкомпенсированным стенозом. Диффузный геморрагический перитонит, токсическая фаза. Гистологическое исследование материала от 17.10.2003 г., №1337/03 - хронический атрофический гастрит, множественные эрозии слизистой желудка.

В послеоперационном периоде проводилась комплексная терапия, зондовое питание. Рана зажила первичным натяжением, выздоровление. На 17 - е сутки в хорошем состоянии выписан по месту жительства. Консультирован спустя три месяца после операции. Пациент соблюдает дробное питание, увеличилась

Рисунок 1. Флюорограмма больного М., спустя 10 лет после операции левосторонней пульмонэктомии, остаточная плевральная полость оперированной стороны, смещение органов средостения влево. Левый купол диафрагмы приподнят до уровня IV-го ребра

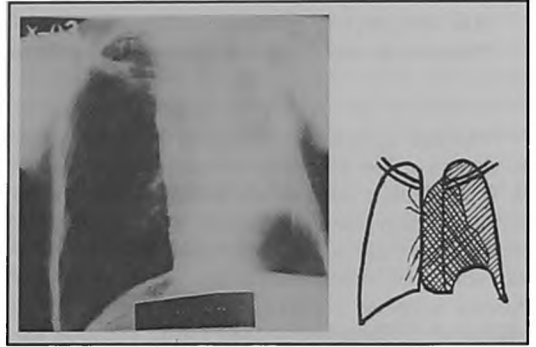


Рисунок 2. Рентгенограмма больного через 12 часов. Желудок остаётся растянутым, переполненной жидкостью, содержащей остаток контрастной массы

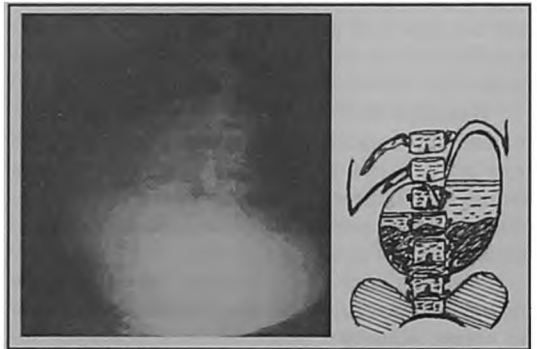
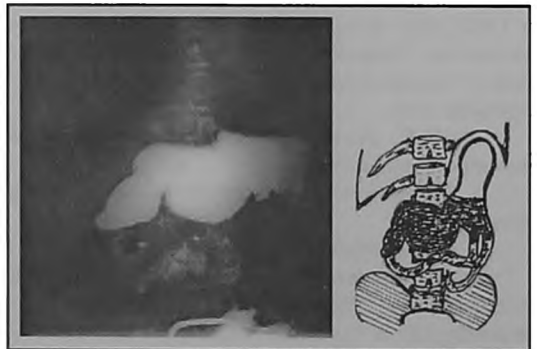


Рисунок 3. Рентгенограмма пациента М... спустя 3 месяца после операции. Опоорожнение желудка наступает одновременно через гастроэнтероанастомоз, антральный отдел и двенадцатиперстную кишку



масса тела, проведено рентгенологическое исследование. При рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта: опорожнение желудка наступает своевременно через гастроэнтероанастомоз, антральный отдел и двенадцатиперстную кишку (рисунок 3).

Из последней эвакуация бариевой взвеси совершается далее в отводящую петлю кишки через брауновский анастомоз. Регуляция моторно - эвакуаторной функции желудка восстановилась, проходимость анастомозов хорошая.

По результатам проведенного тестирования, анализе симптомокомплексов у пациента сохраняется: дисфункция со стороны легочно-сердечной системы, имеются проявления дис-

кинезии пищеварительного тракта. Рекомендованы лечебно-оздоровительные мероприятия.

### Литература

1. Д.Ф. Скрипниченко Неотложная хирургия брюшной полости. "Здоров"я, Киев 1986 г. стр.304.
2. А.С. Пипко Рентгенодиагностика ранних осложнений после резекций желудка. Медгиз 1958 г. стр.42.
3. А.А.Крылов, А.Г. Земляной, В.А. Михайлович, А.И. Иванов Неотложная гастроэнтерология. Ленинград "Медицина" 1988 г. стр.113-114.
4. В.И. Карпов, М.С. Морозова, И.М. Баргуев Хирургия. 1990 г. №12, стр 136.
5. И.Я. Мотус Уральский медицинский журнал. 2003 г. №1 стр.26.