

ПЕНЕТРАЦИЯ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ АНАСТОМОЗА В ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНУЮ КИШКУ

Э. М. Мурадинов

Ленинградская городская больница (главврач — Н. Ш. Хасанов) ТАССР

Б-ной Д., 49 лет, поступил 6/VI-60 г. с жалобами на опоясывающего характера боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи, частую тошноту, отрыжку, изжогу, почти через день рвоту, временами с примесью крови. После рвоты чувствует облегчение.

Болен с 1943 г. В 1953 г. оперирован по поводу язвы двенадцатиперстной кишки — наложен задний гастроэнтероанастомоз, после чего ряд лет чувствовал себя удовлетворительно. Полтора года тому назад вновь появились боли в подложечной области, изжога, тошнота, рвота. Лечился амбулаторно.

31/V боли под ложечкой резко усилились, была обильная рвота с примесью крови. 6/VI обратился в поликлинику, откуда направлен на стационарное лечение.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, телосложение правильное, костно-мышечная система развита удовлетворительно, упитанность пониженная. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Сердце и легкие — в пределах возрастных изменений. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 110/80. Язык влажный, обложен сероватым налетом, зев чистый. Живот правильной формы, в акте дыхания участвует, между мечевидным отростком и пупком по белой линии старый линейный послеоперационный рубец, не спаившийся с подлежащими тканями. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Мочеполовая система в норме.

Анализ желудочного сока 8/VI: количество — 40 мл, цвет зеленоватый; запах обычный, слизь (+); кровь (—); молочная кислота (—). Общая кислотность — 59; свободная HCl — 40.

9/VI рентгеноскопия. Легкие и сердце — без видимой патологии. Пищевод свободно проходит. Задний гастроэнтероанастомоз; в желудке натощак много жидкости, складки слизистой грубые, перистальтика средней глубины, эвакуация сразу же в петлю анастомоза. Контраст длительно задерживается в петле анастомоза. На расстоянии 4—5 см от желудка она чашеобразно расширена. Прохождения контраста ниже «чаши» на протяжении двух часов отметить не удалось.

Через 24 часа: контрастная масса в желудке и чашеобразной петле анастомоза, слепой кишке и восходящем отделе толстой.

Клинический диагноз: пептическая язва анастомоза.

14/VI произведена операция (Э. М. Мурадинов) под местной анестезией. К передней брюшной стенке припаян большой сальник, желудок малоподвижен, в перигастральных спайках; на задней стенке, ближе к большой кривизне, — анастомозированная с желудком петля тощей кишки представляет собой «мешок» $8 \times 9 \times 3$ см. Просвет приводящей петли выше «мешка» несколько расширен, а отводящей — значительно сужен.

Между образовавшимся «мешком» и желудком отверстие соустья свободно пропускает три поперечных пальца. У нижнего угла соустья, где просвет отводящего колена тощей кишки сужен, определяется уплотнение $2 \times 2,5$ см, сюда же подтянута и припаяна задняя стенка поперечно-ободочной кишки. Отделить поперечно-ободочную кишку из-за явной здесь инфильтрации не представляется возможным.

Произведена мобилизация желудка по малой и большой кривизне, $\frac{2}{3}$ желудка вместе с анастомозом и с припаянной частью поперечно-ободочной кишки (около 8 см) резецированы и удалены. Анатомическая целость тощей кишки восстановлена анастомозом конец в конец, тощая кишка на короткой петле подведена к культе желудка, между ними наложен анастомоз конец в бок по Спасокукоцкому. Затем восстановлена целость поперечно-ободочной кишки анастомозом конец в бок над желудочно-кишечным соустьем. Края рассеченной брыжейки поперечно-ободочной кишки подшиты к культе желудка.

9/VII-60 г. больной выписан в хорошем состоянии.

Патогистологический диагноз препарата: пептическая язва желудочно-кишечного анастомоза с ее пенетрацией в поперечно-ободочную кишку.

Поступила 26 января 1961 г.