



А. Б. Кривошеев



С. Л. Бухгейм



Л. А. Хван



В. К. Вардосанидзе



Д. Н. Бобохидзе



В. Г. Черепанов



С. А. Еремеева

Заворот желудка (клинический случай)

А. Б. Кривошеев, д.м.н., проф. кафедры факультетской терапии им. проф. Г. Д. Залесского¹

С. Л. Бухгейм, врач-рентгенолог высшей категории, отличник здравоохранения РФ, ординатор отделения рентгенологии²

Л. А. Хван, врач высшей категории, отличник здравоохранения РФ, зав. отделением гастроэнтерологии²

В. К. Вардосанидзе, врач-хирург высшей категории, зам. гл. врача по хирургии²

Д. Н. Бобохидзе, врач-хирург высшей категории, зав. отделением неотложной хирургии²

В. Г. Черепанов, врач-хирург высшей категории, старший ординатор отделения неотложной хирургии²

С. А. Еремеева, врач-гастроэнтеролог высшей категории, ординатор отделения гастроэнтерологии²

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск

²ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1», г. Новосибирск

Volvulus of stomach (clinical case)

A. B. Krivosheev, S. L. Bukhgeym, L. A. Khvan, V. K. Vardosanidze, D. N. Bobokhidze, V. G. Cherepanov, S. A. Eremeeva

Novosibirsk State Medical University, City Clinical Hospital No. 1; Novosibirsk, Russia

Резюме

Статья посвящена описанию редкой патологии органов пищеварения – приобретенной аномалии желудка – завороту желудка. Анализируются клинические симптомы заболевания. Рентгеноскопия желудка является ведущим методом исследования, позволяющим верифицировать данную патологию. Консервативные методы лечения неэффективны, показано хирургическое лечение.

Ключевые слова: заворот желудка, рентгеноскопия желудка, оперативное лечение.

Summary

The article is devoted to the description of a rare pathology of the digestive system – to an acquired anomaly of the stomach – the gastric volvulus. The clinical symptoms of the disease are analyzed. Gastric fluoroscopy is the leading research method that allows verifying this pathology. Conservative treatment methods are not effective. With volvulus of the stomach, surgical treatment is indicated.

Key words: gastric volvulus, gastric fluoroscopy, surgical treatment.

Аномалии развития желудка обычно манифестируют в раннем детском возрасте и клинически проявляются упорной рвотой и частым срыгиванием желудочного содержимого [1, 2]. Вместе с тем деформация желудка может иметь приобретенный характер и сформироваться у лиц старших возрастных групп, при этом нередко длительно протекает бессимптомно [3]. Одной из редко встречающихся аномалий является заворот желудка (ЗЖ). Среди всех видов аномалий желудка ЗЖ составляет около 0,5%. При данной форме патологии происходит заворот желудка вокруг своей поперечной и (или) продольной оси на 180–360 градусов с нарушением пассажа пищи и расстройствами кровообращения [4, 5]. Заболевание с одинаковой частотой регистрируется у мужчин и женщин. Болезнь встречается в любом возрасте, однако чаще диагностируется у молодых и лиц среднего возраста [6]. Диагностируется обычно рентгенологически [7]. Учитывая, что патологии редки, мы решили опубликовать наше наблюдение.

Больная П., 33 лет, поступила в отделение гастроэнтерологии 24 декабря 2019 года. Больная – инвалид первой группы с детства (умственная отсталость). Самостоятельно жалоб не предъявляет, неконтактна, сбор жалоб и анамнеза невозможен из-за выраженных когнитивных нарушений. Анамнез заболевания собран со слов матери: на фоне относительного благополучия стала беспокоить рвота съеденной пищей с октября 2019 года. Обращалась к гастроэнтерологу, принимала омепразол с временным положительным эффектом. Консультирована инфекционистом, выявлен хронический описторхоз. Лечение не проводилось. Настоящее ухудшение состояния с 23 декабря 2019 года, когда было зафиксировано усиление рвоты, появились боли в животе, задержка стула до 3 дней. Обратилась к участковому терапевту, экстренно направлена в ГКБ № 1.

При осмотре состояние больной стабильное, среднетяжелое. Сознание ясное, телосложение нормостеническое, рост 150 см, вес 60 кг, ИМТ 26,7 кг/м². Кожа телесного цвета, бледноватая, видимые слизистые бледно-розовые. Лимфати-

ческие узлы не увеличены, периферических отеков нет, щитовидная железа без особенностей. Система органов дыхания: грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания; экскурсия легких симметричная; частота дыханий 18 раз в минуту; аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет; перкуторно – легочный звук; границы легких в пределах нормы. Система органов кровообращения: пульс – 80 ударов в минуту; ЧСС – 80 раз в минуту; АД 100/60 мм рт. ст.; верхушечный толчок без особенностей; границы сердца в пределах нормы; тоны сердца ясные, ритмичные, патологические тоны и шумы не выслушиваются. Система органов пищеварения: язык у корня обложен белым налетом; живот правильной формы, симметричен, не вздут; перистальтика выслушивается, свободного выпота нет; при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и по ходу кишечника; печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову – 10 × 8 × 6 см, селезенка не пальпируется. Аппендикулярные симптомы – отрицательные. Стул – запоры до 3 дней.

Результаты обследования. В общем анализе крови – признаки анемии легкой степени: эритроциты – $4,43 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 93 г/л, гематокрит – 32,2%, тромбоциты – $383 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,1 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 58%, лимфоциты – 28%, моноциты – 8%, СОЭ – 9 мм/ч. Общий анализ мочи – в пределах нормы. В биохимических показателях крови значимых отклонений от контрольных значений не обнаружено. 26.12.2019 проведена эзофагогастрофиброскопия: зарегистрированы гиперемия дистального отдела пищевода, недостаточность кардии; острые эрозии тела желудка, антральный отдел желудка и двенадцатиперстную кишку осмотреть не удалось. Ультрасонография органов брюшной полости. Заключение: киста левой почки, диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы. Консультативное заключение психиатра 25.12.2019: тяжелая умственная отсталость. 26.12.2019 консультирована хирургом. Консультативное заключение: острой хирургической патологии не выявлено. Рекомендовано рентгенологическое исследование желудка.

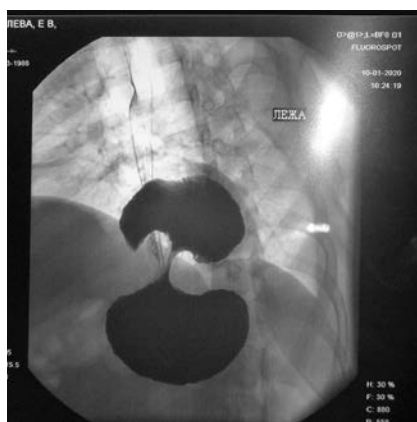


Рисунок 1. Деформация желудка по типу «песочных часов».

С учетом полученных данных выставлен диагноз: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, катаральный рефлюкс-эзофагит, недостаточность кардии. Острый эрозивный гастрит. Рвота неуточненного генеза. Дисфункция кишечника с преобладанием запоров. Хроническая анемия неуточненная, легкой степени тяжести. Тяжелая умственная отсталость.

Назначена терапия: ингибиторы протонной помпы – омепразол 20 мг два раза в день, ферменты – панкреатин по одной таблетке три раза в день, холинолитики – платифиллин 0,2% 1,0 два раза в день, препараты железа – сорбифер-дурулис по одной таблетке два раза в день, инфузионная терапия в объеме до 2 л/сут.

Рентгенологическое исследование желудка 10.01.2020. Протокол исследования № 57. Рентгеноскопия желудка проведена в вертикальном положении полулежа на правом боку и на спине. Описание исследования: в задне-нижнем этаже средостения слева – тень газового пузыря желудка с горизонтальным уровнем жидкости. Акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим, не расширен, выглядит выпрямленным, не имеет изгибов. Кардия в вертикальном положении расположена выше диафрагмы. Эластичность стенок пищевода сохранена, рельеф слизистой представлен продольными складками среднего калибра. Свод желудка расположен ниже диафрагмы. Верхняя треть желудка ориентирована вверх, равномерно циркулярно сужена до 1,0–1,5 см, располагается на уровне пищевого отверстия диафрагмы, складки слизистой расположены продольно.

Средняя и нижняя треть желудка располагаются выше диафрагмы, образуя под острым углом перегиб вперед. Выходной отдел желудка ориентирован вертикально вниз, сближен с кардией, складки его продольные. Желудок в целом деформирован по типу песочных часов (рис. 1). Выявляются два уровня бария и жидкости: первый – в своде желудка, второй – в теле желудка. Эвакуация из этих отделов замедленна, наступает в положении на правом боку. Луковица двенадцатиперстной кишки ориентирована верхушкой вниз, смещена кверху. Через 3 часа 1/2 часть бария – в петлях тонкой кишки. **Заключение:** большая смешанная параэзофагеально-аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная заворотом желудка вокруг поперечной оси (upside down stomach – перевернутый желудок) с резко замедленной эвакуацией.

С учетом результатов обследования по решению консилиума пациентке показана оперативная коррекция выявленной деформации желудка. Для продолжения лечения больная переведена в отделение неотложной хирургии. В связи с недееспособностью пациентки получено информированное согласие матери на проведение оперативного лечения.

15.01.2020 произведена операция, протокол № 81: лапаротомия, мобилизация, низведение желудка, ушивание грыжевых ворот диафрагмы, гастропексия, дренирование брюшной полости.

Описание хода операции. Под эндотрахеальным наркозом выполнена срединная лапаротомия – 25 см. При ревизии брюшной полости выявлена параэзофагеальная грыжа: кардия на уровне диафрагмы; слева от кардиального перехода имеется дефект диафрагмы, через который в плевральную полость пролабирует тело желудка. В связи с этим желудок ротирован вокруг своей оси и образует острый угол с пилороантральным отделом, что является причиной нарушения пассажа (рис. 2). Выполнена мобилизация желудка на всем протяжении. Содержимое грыжи вправлено в брюшную полость. Грыжевые ворота (7,0 × 4,5 см) ушиты узловыми швами. Дно желудка фиксировано швами к диафрагме.

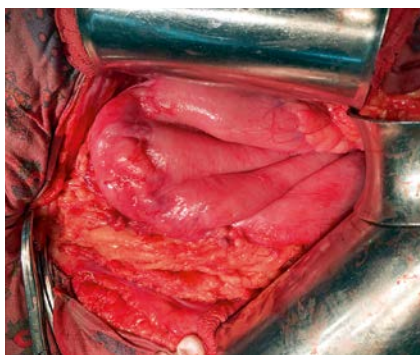


Рисунок 2. Интраоперационная картина деформации желудка.



Рисунок 3. Правильное положение желудка после операции.

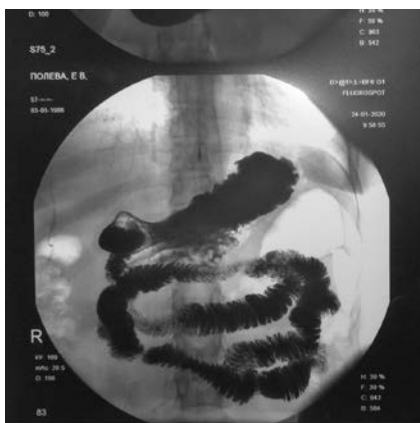


Рисунок 4. Восстановление эвакуационной функции желудка.

Через сутки (16.01.2020) после операции состояние среднетяжелое, обусловлено сроком и объемом оперативного лечения. Жалобы на боль в области шва, тошноту. Рвоты нет. АД 130/80 мм рт. ст., пульс 76 ударов минуту. Дыхание везикулярное, частота дыхания 18 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в дыхании. При пальпации не напряжен, болезненный в гипогастрии и в области послеоперационного шва. Повязка сухая. По дренажу 70 мл геморрагического содержимого.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажная трубка и мочевого катетер удалены 17.01.2020, швы сняты 28.01.2020, заживление первичным натяжением.

24.01.2020 г. проведено контрольное рентгенологическое исследование желудка. Желудок после операции – в правильном положении, его эвакуационная функция восстановлена (рис. 3 и 4). Показатели красной крови нормализовались: эритроциты – $5,94 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 123 г/л, гематокрит – 41,9%. Выписана 28.01.2020 в удовлетворительном состоянии с рекомендациями наблюдения у хирурга и гастроэнтеролога по месту жительства.

Таким образом, наше наблюдение демонстрирует весьма редкую патологию органов пищеварения – приобретенную деформацию желудка – заворот желудка. Врожденные и (или) приобретенные аномалии желудка очень вариабельны. Среди них ЗЖ регистрируется только в 0,5 % случаев из всех известных деформаций желудка [3, 4]. Причины образования ЗЖ многообразны. Этому могут способствовать недоразвитие связочного аппарата, спаечный процесс, опухоль желудка, пневматизация кишечника, диафрагмальная грыжа и др. [3]. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) рассматривается как основная причина формирования ЗЖ. При скользящей ГПОД или постоянном нахождении части желудка в грудной полости создаются благоприятные условия для изменения нормального положения желудка. Риск возникновения ЗЖ значительно возрастает при релаксации диафрагмы [4, 8]. В нашем случае наиболее вероятной причиной формирования ЗЖ является ГПОД. Однако мы не исключаем и врожденную предрасположенность. У наблюдаемой пациентки имела место тяжелая умственная отсталость, что не исключает наличия в таких случаях соматической патологии или предрасположенности к ней.

Выделяют два основных варианта ЗЖ. Один представляет собой поворот желудка вокруг продольной оси и называется органоаксиальный; второй – вокруг поперечной оси или мезентериально-аксиальный [4]. Мы наблюдали редкий вариант ЗЖ вокруг поперечной оси – так называемый перевернутый желудок (upside down stomach). Сформировался он также на фоне редкого варианта паразеофагеальной ГПОД, которая составляет 0,4–1,4 % всех ГПОД [8].

В клинической симптоматике можно отметить абдоминальный болевой синдром, рвоту и запор, которые ранее не наблюдались. Данные симптомы неспецифичны и могут быть оценены как свойственные симптому ЗЖ только при его верификации. Еще одним из клинических симптомов, по нашему мнению, следует рассматривать техническую невозможность проведения в полном объеме эзофагогастро-дуоденоскопии. В нашем случае это произошло из-за сформировавшейся деформации желудка. В таких случаях в обязательном порядке показана рентгеноскопия желудка, которая позволяет верифицировать ЗЖ.

При постановке диагноза ЗЖ лечение только оперативное, что согласуется с данными других авторов [1, 2].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Список литературы

1. Аксельров А. М., Евдокимов В. Н., Связан В. В. Редкий случай заворота желудка у ребенка 9 месяцев на фоне диафрагмальной грыжи. Вопросы практической педиатрии. 2017; 2: 82–84.
2. Острый заворот желудка с перфорацией. Кубанский научный медицинский вестник. 2018; 25 (3): 173–177.
3. Гребенев А. Л. Аномалии развития желудка и двенадцатиперстной кишки. В кн. Василенко В. Х., Гребенев А. Л. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М. Медицина, 1981: 4–14.
4. Кургузов О. П. Заворот желудка. Хирургия. 1998; 4: 62–68.
5. Земляной В. П., Сигуа Б. В., Данилов А. М. Редкие хирургические заболевания желудка. Учебное пособие. СПб, издательство БГМУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова. 2013.
6. Хасанов А. Г., Ганцев Ш. Х., Нигматуллин Р. А. и др. Редкие заболевания в абдоминальной хирургии. Уфа. Издательский дом ООО «Вилан Оксфорд». 2005.
7. Руководство по гастроэнтерологии. Под ред. акад. РАМН Ф. И. Комарова. М.: Медицина, 1995. т. 1.
8. Гребенев А. Л., Нечаев В. М. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В кн.: Руководство по гастроэнтерологии. Под ред. акад. РАМН Ф. И. Комарова, чл.-корр. РАМН Гребенева А. Л., д.м.н. А. А. Шептулина. М. Медицина. 1995; т. 1: 128–167.

Для цитирования: Кривошеев А. Б., Бухгейм С. Л., Хван Л. А., Вардосанидзе В. К., Бобохидзе Д. Н., Черепанов В. Г., Еремеева С. А. Заворот желудка (клинический случай). Медицинский алфавит. 2020; (30): 42–44. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-30-42-44>.

For citation: Krivosheev A. B., Bukhgeym S. L., Khvan L. A., Vardosanidze V. K., Bobokhidze D. N., Cherepanov V. G., Eremeeva S. A. Volvulus of stomach (clinical case). Medical alphabet. 2020; (30): 42–44. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-30-42-44>.