

Лапароскоп разжал «щипцы». В Гродненской университетской клинике с помощью современной техники выполнена уникальная операция по поводу синдрома верхней брыжеечной артерии



Заболевание встречается редко и проявляется неспецифичными симптомами.

Синдром верхней брыжеечной артерии – патология в результате сдавления 12-перстной кишки между верхней брыжеечной артерией и самой крупной артерией в теле человека – аортой. Встречается редко и представляет трудности для диагностики. В результате работы слаженного коллектива гродненских хирургов и врачей функциональной диагностики удалось поставить правильный диагноз и провести лечение наиболее эффективным щадящим методом. У сорокапятилетней пациентки, обратившейся к гродненским хирургам, проблемы начались в позапрошлом году, после того, как она перенесла аппендэктомию. Вроде бы, рядовая операция по удалению воспаленного аппендикса, но после нее женщина начала резко худеть – за непродолжительное время ушло почти пятнадцать килограммов. Можно было бы порадоваться стройной фигуре, если бы не постоянные боли в верхней половине живота. В поисках причины обнаружили камни в желчном пузыре. Однако выполненная хирургами холецистэктомия от болевого синдрома не избавила. Пациентка была госпитализирована в Гродненскую университетскую клинику, где прошла углубленное обследование, в том числе с помощью такого современного метода рентгеновской диагностики, как КТ с контрастированием сосудов. В итоге специалистам удалось поставить верный диагноз – синдром верхней брыжеечной артерии. – При такой патологии возможно выполнить операцию несколькими способами. Мы выбрали самый на сегодня оптимальный, пойдя по пути так называемой щадящей хирургии. Операция лапароскопического дуодено-энтероанастомоза при синдроме верхней брыжеечной артерии выполнена впервые в области, – рассказывает проректор по лечебной работе медуниверситета, заместитель главного врача по клинической работе университетской клиники, доктор

медицинских наук Эдуард Могилевец. – Для доступа в брюшную полость вместо классического протяженного разреза были произведены маленькие разрезы – до 10 миллиметров. С помощью эндоскопической видеокамеры и лапароскопических инструментов, в обход сдавленного артерией участка, выполнен анастомоз между двенадцатиперстной кишкой и следующим за ней участком тонкой кишки – тощей кишкой.

Вместе с Эдуардом Владиславовичем в операционной университетской клиники работали доцент первой кафедры хирургических болезней медуниверситета Руслан Шило, хирург хирургического отделения университетской клиники Андрей Кулага, клинический ординатор Татьяна Деглау и анестезиолог Юрий Саросек.

Под пристальным вниманием команды врачей и медицинских сестер клиники пациентка находилась весь послеоперационный период. Хотя, по мнению врачей, это было непростое время как для них, так и для пациентки, результат оправдал ожидания. Когда желудок, который «заводился» постепенно, заработал как следует, это, а также полную проходимость анастомоза подтвердила инструментальная диагностика, пациентку стали готовить к выписке. Мы имели возможность пообщаться с женщиной незадолго до того, как она с результатами успешного лечения отправилась домой, в один из райцентров области. Поведав свою историю болезни, она призналась, что теперь чувствует себя хорошо. И, вероятнее всего, напоминать о пережитом будут только четыре небольшие отметины на животе – затянувшиеся маленькие отверстия, через которые в брюшную полость входила лапароскопическая техника. И, конечно же, мы услышали слова благодарности врачам, которые выполнили сложнейшую операцию самым щадящим способом.

По результатам впервые использованного способа операции ее исполнители подготовили презентацию, которая будет представлена для ознакомления как практикующим хирургам области, у которых есть возможность внедрить новшество в практику, так и студентам медицинского университета. Надо отметить, что такое широкое представление коллегам в университетской клинике получают все новые подходы к оказанию хирургической помощи. А благодаря тесному взаимодействию врачей-практиков главной клиники области и сотрудников медицинского университета в этом году их внедрено более десяти. Как объясняет Татьяна Деглау, клинический ординатор 1-й кафедры хирургических болезней ГрГМУ, название синдрома верхней брыжеечной артерии связано с тем, что двенадцатиперстная кишка сдавливается между верхней брыжеечной артерией и самой крупной артерией в теле человека – аортой. Образуется что-то вроде артериальных щипцов, браншами которых пережимается одна из частей двенадцатиперстной кишки. Это сдавление усиливается, если стенки артерии уплотнены вследствие атеросклероза. Кроме того, зачастую пусковым фактором к развитию синдрома является значительная потеря веса. (Это должны учесть те, кто бесконтрольно и сильно худеет!) В результате уменьшается количество жировой ткани не только под кожей человека, но и в брюшной полости, в том числе уменьшается толщина жировой прослойки между двенадцатиперстной кишкой и интересующими нас артериями. В норме она служит как бы жировой подушкой, увеличивающей расстояние между кишкой и сосудами. Все это приводит к тому, что нарушается прохождение пищи по тонкому кишечнику. Заболевание встречается редко и проявляется неопределенными и неспецифичными симптомами. К сожалению, с этим связано то обстоятельство, что синдром редко диагностируется клиницистами. И если он и диагностируется, то уже на поздних стадиях, когда у пациента развиваются осложнения.

Наиболее характерны жалобы на раннее насыщение после еды, эпизодические тошноту и рвоту, боли в верхних отделах живота, возникающие преимущественно после еды. Боли уменьшаются или исчезают в положении лежа на левом боку. Это связано с ослаблением давления артерии на двенадцатиперстную кишку. У таких людей нарушается пищевое поведение: появляется страх перед приемом пищи, в результате чего они теряют вес. В свою очередь, это приводит к еще

большему уменьшению толщины жировой прослойки между двенадцатиперстной кишкой и
браншами «артериальных щипцов».

Анна ЛЕНСКАЯ

Фото:Виктора ХОВАНСКОГО