

Леонова Анна Дмитриевна, Мордвина Анна Николаевна, Насибова Шакар Халисовна,
Замараева Дарина Дмитриевна, Климентов Михаил Николаевич, Стяжкина Светлана Николаевна
АОРТО-ДУОДЕНАЛЬНАЯ ФИСТУЛА (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

В статье анализируется аорто-дуоденальная фистула - свищ между аневризмой аорты и двенадцатиперстной кишкой, вызывающий опасное желудочно-кишечное кровотечение. Патология встречается крайне редко, и потому её диагностика затруднительна. Целью работы стал выбор тактики обследования и лечения больных с аорто-дуоденальной фистулой при изучении историй болезни пациентов с диагнозом "желудочно-кишечное кровотечение из нижних отделов ЖКТ".

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2017/4-5/16.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2017. № 4-5 (118). С. 62-64. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2017/4-5/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

момент, создаваемый маршевыми движителями и лобовым сопротивлением аппарата, должен компенсироваться упорами движителей с целью обеспечения требуемой высоты хода относительно донной поверхности.

Разработанная технология стабилизации вертикального и горизонтального перемещения ТПА позволяет реализовать требуемое качество динамики в перспективном универсальном многоцелевом буксируемом комплексе производства ГНЦ ФГУП «Южморгеология», договор № 441/11-ю от 01.04.2011 г.

Список источников

1. **Борейко А. А., Горнак В. Е., Матвиенко Ю. В. и др.** Малогабаритный многофункциональный АНПА «МТ-2010» // Подводные исследования и робототехника. 2011. № 2 (12). С. 37-42.
2. **Данцевич И. М., Звягинцев Н. С., Тарасенко А. А.** Управление необитаемыми подводными аппаратами / под ред. д.т.н. А. В. Бачище. Новороссийск: ГМУ имени адмирала Ф. Ф. Ушакова, 2012. 100 с.
3. **Лукомский Ю. А., Чугунов В. С.** Системы управления морскими подвижными объектами: учебник. Л.: Судостроение, 1988. 272 с.
4. **Наумов Л. А., Боровик А. И., Баль Н. В.** RCE – программная платформа для системы управления АНПА // Подводные исследования и робототехника. 2011. № 2 (12). С. 18-25.

**MANAGEMENT OF TELECONTROLLED UNDERWATER VEHICLES
IN THE PROCESS OF VERTICAL DISPLACEMENT**

**Kravchenko Natal'ya Aleksandrovna
Kravchenko Aleksandr Aleksandrovich
Khodzhaev Serdar Sapardurdyevich**

*Admiral Ushakov State Maritime University in Novorossiysk
ametista@bk.ru; alex.eleng3@gmail.com; s_serik_92@mail.ru*

The article deals with the issues of management of telecontrolled underwater vehicles in the vertical plane. Quality of control is related to the parameters that affect operation of on-board equipment. Resolution of sonograms of sonars and equipment for surveying the bottom surface is directly determined by the specified distance from the bottom and smoothness of movement of the apparatus. Formation of the commands system is based on the principle of rotating the projection of the area vector onto the plane of the bottom surface. Equipment of telecontrolled devices with three propellers placed in the horizontal plane of the apparatus enables, by changing stops of each of them, to control the apparatus effectively in the vertical plane creating the required trim or roll.

Key words and phrases: vector of area; moment of propeller; area projection; delivery head; control signal (as impact on object); invariant control (as impact on object); telecontrolled underwater vehicle.

УДК 617-089.844

Медицинские науки

В статье анализируется аорто-дуоденальная фистула – свищ между аневризмой аорты и двенадцатиперстной кишкой, вызывающий опасное желудочно-кишечное кровотечение. Патология встречается крайне редко, и потому её диагностика затруднительна. Целью работы стал выбор тактики обследования и лечения больных с аорто-дуоденальной фистулой при изучении историй болезни пациентов с диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение из нижних отделов ЖКТ».

Ключевые слова и фразы: аорто-дуоденальная фистула; желудочно-кишечное кровотечение; аневризма аорты; свищ; двенадцатиперстная кишка.

Леонова Анна Дмитриевна

Мордвина Анна Николаевна

Насибова Шакар Халисовна

Замараева Дарина Дмитриевна

Климентов Михаил Николаевич

Стяжкина Светлана Николаевна, д. мед. н., профессор

Ижевская государственная медицинская академия

anna.mordvina@mail.ru

АОРТО-ДУОДЕНАЛЬНАЯ ФИСТУЛА (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Актуальность. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) – одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля [1, с. 15]. В настоящее время ЖКК вследствие прорыва аневризмы аорты или ее висцеральных ветвей хорошо известны хирургам. Аорто-дуоденальная фистула (АДФ) – редко встречающееся сообщение между аневризмой брюшного отдела аорты и двенадцатиперстной

кишкой, которое вызывает угрожающее жизни желудочно-кишечное кровотечение. Образование аорто-желудочного или аорто-дуоденального свища наблюдается чаще всего при поражении стенки аорты (например, из-за аневризмы вследствие атеросклероза, бактериального поражения и др.), реже вследствие заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. При отсутствии своевременной диагностики и соответствующего высокотехнологического хирургического лечения АДФ приводит к частым осложнениям и летальному исходу.

Цель исследования: выбор оптимальной тактики обследования и лечения больных с АДФ.

Материалы и методы исследования. Изучение 2-х историй болезни пациентов, поступивших на лечение в хирургический стационар БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» с диагнозом ЖКК из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неясной этиологии, в период госпитализации обоим пациентам поставлен диагноз «Аорто-дуоденальная фистула».

По видам АДФ делится на первичную и вторичную. Причинами данного заболевания являются патологии аорты и двенадцатиперстной кишки. Для АДФ характерна триада симптомов: боли в животе, гастродуоденальные геморрагии и пульсирующая опухоль. Данную патологию следует дифференцировать с ретроперитонеальным фиброзом, микотической аневризмой аорты, а также воспалением аорты. Для более наглядного рассмотрения этой патологии приводим 2 клинических наблюдения.

Клиническое наблюдение 1. Пациент А., 78 лет, переведен в колопроктологическое отделение с диагнозом «Функционирующая У-образная трансверзостама. Толстокишечное кровотечение». При поступлении жалобы на слабость, тошноту, выделение темной крови через трансверзостому в большом количестве. В анамнезе синдром Маллори-Вейсса, операция по поводу некроза поперечно-ободочной кишки, У-образная трансверзостама. При поступлении состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные. Нв – 88 г/л. АД – 110/70 мм рт. ст. Диагноз при поступлении: «Желудочно-кишечное кровотечение неясной этиологии». План обследования: фиброгастроскопия (ФГС), ирригоскопия. Заключение ФГС: дуодено-гастральный рефлюкс 3 ст. Хронический эзофагит с очаговым утолщением слизистой.

В течение 4-х дней состояние оценивалось как удовлетворительное. На 5-е сутки состояние резко ухудшилось. В калоприемнике темная кровь. Пульс и АД на периферических сосудах не определяются. Переведен в отделение реанимации (ОАР). Поставлен диагноз: кишечное кровотечение, геморрагический шок, 2-3 стадия. Проводилась инфузионная и гемостатическая терапия. Состояние стабилизировалось. По стоме выделяется кал черного цвета, жидкий со зловонным запахом. Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС). Заключение ЭФГДС: давление на двенадцатиперстную кишку в проекции головки *pancreas* с наличием передаточной пульсации, состоявшееся кровотечение, предполагаемый источник – средняя треть нисходящей части двенадцатиперстной кишки, где фиксирован тромб-сгусток. Для уточнения диагноза пациент направлен на спиральную компьютерную томографию (СКТ). Заключение: атеросклеротическая веретенообразная аневризма инфраренального отдела аорты с массивным пристеночным тромбозом и распространением на обе общие подвздошные артерии. Признаки перианевризматического воспаления и фиброза с наличием, вероятно, АДФ. Полный тромбоз подвздошных артерий слева.

На 7-е сутки появилась резкая боль в животе, после чего потерял сознание. Состояние пациента оценивалось как крайне тяжелое, обусловленное нарастающей сердечно-сосудистой недостаточностью, ухудшение уровня сознания до уровня комы. Переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Через 20 минут АД – 80/40-40/20 мм рт. ст. на фоне вазопрессоров, пульс нитевидный. Объективно: кожные покровы бледно-серые, дыхание жесткое аппаратное на ИВЛ, тоны сердца приглушенные, аритмичные. Живот ассиметричен за счет опухолевидного образования размером 12*15 см в проекции мезо-гипогастральной области. Образование мясистой консистенции, не пульсирующее, перистальтика не выслушивается. По назогастральному зонду – темное желудочное отделяемое до 100 мл.

По данным СКТ брюшной полости и клинически имеется гигантская дуодено-аневризматическая фистула с прорывом крови в желудок и кишечник, а также двусторонний тромбоз в обе общие подвздошные артерии. Клиническое состояние пациента признано некурабельным (хирургически). Были продолжены интенсивная консервативная терапия и симптоматическое лечение в условиях ОАР. На фоне прогрессирования сердечной недостаточности произошла остановка сердечной деятельности.

В танатогенезе имела место расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты с формированием АДФ, осложнившаяся массивным артериальным кровотечением в просвет двенадцатиперстной кишки. Атеросклероз аорты и ее ветвей, стадия осложненных поражений. Стенозирующий атеросклероз венечных артерий.

Через 4 месяца после госпитализации пациента А. в хирургический стационар этой же больницы поступает пациентка Б.

Клиническое наблюдение 2. Пациентка Б., 71 год, поступила экстренно с жалобами на стул с примесью крови, постоянные боли в левой половине живота, повышение температуры тела в течение 5-ти дней. Перенесенные заболевания: постинфарктный кардиосклероз, ишемическая болезнь сердца и дивертикулез сигмовидной кишки.

В течение 8-ми дней состояние оценивалось как удовлетворительное с относительной отрицательной динамикой. На 8-е сутки проведено УЗИ органов брюшной полости. Заключение УЗИ: не исключается расслаивающаяся аневризма аорты.

На 9-е сутки состояние ухудшилось, экстренно переведена в ОАР. Для уточнения диагноза пациентка была направлена на СКТ. Выдержка из описания СКТ: в инфраренальном отделе на уровне L2-L5 на расстоянии

около 25 мм от почечных артерий определяется мешковидное выпячивание стенки аорты по боковой поверхности, широко сообщающееся с просветом аорты, размерами 43,3*41,2*42 мм. В окружающей клетчатке массивная гематома с четкими контурами с тромботическими массами общим размером 49*81*55 мм. Четкого затека контраста в просвет кишки не выявлено. Стенки аорты и ее ветви с кальцинатами. Заключение СКТ: осумкованный разрыв мешотчатой аневризмы инфраренального отдела аорты с формированием тромбированной псевдоаневризмы, признаками продолжающегося кровотечения. Нельзя исключить кровотечение в двенадцатиперстной кишке. Начата инфузионная и гемостатическая терапия. По данным ангиографии выявлена расслаивающаяся аневризма инфраренального отдела аорты с прорывом в забрюшинное пространство. Рекомендации ангиохирурга: паллиативное лечение по месту госпитализации. В ОАР: пациент в сознании, жалобы на общую слабость, головокружение. Состояние ближе к средней степени тяжести. Стул без крови, черного цвета. На 16-е сутки проведена повторная процедура СКТ: осумкованный разрыв мешотчатой аневризмы инфраренального отдела аорты с формированием тромбированной псевдоаневризмы, признаками продолжающегося кровотечения. Нельзя исключить кровотечение в двенадцатиперстной кишке. Поставлен диагноз: расслаивающаяся аневризма брюшной аорты, АДФ, желудочно-кишечное кровотечение. На 26-е сутки проведена рентгенэндоваскулярная окклюзия мешотчатой аневризмы инфраренального отдела аорты. На 28-е сутки проведены ревизия и иссечение инфраренального отдела аорты, линейное аллопротезирование аорты, ушивание свища двенадцатиперстной кишки. На 40-е сутки переведена из ОАР в хирургическое отделение. На 45-е сутки развитие осложнений в виде несостоятельности анастомоза между шунтом и аортой, внутрибрюшное кровотечение, перфорация сигмовидной кишки, в связи с чем экстренно оперирована: ревизия, повторное наложение анастомоза между шунтом и брюшной аортой, ушивание перфорации кишки, наложение подвешной илеостомы, лапаростома. На 46-е сутки развились осложнения в виде тромбоза подвздошных артерий и шунта аорты, разлитого серозно-фибринозного перитонита, некротического нефроза. На 47-е сутки на фоне проводимой интенсивной терапии зафиксирована остановка сердечной деятельности.

В танатогенезе имела место расслаивающаяся аневризма инфраренального отдела аорты с формированием АДФ, осложнившаяся массивным кровотечением в просвет двенадцатиперстной кишки. Забрюшинная гематома. Атеросклероз аорты и ее ветвей, стадия осложненных поражений.

Результаты исследования: так как диагноз АДФ является достаточно редким заболеванием, заподозрить и выявить это заболевание на раннем этапе госпитализации не представляется возможным. Разница во времени между поступлениями пациентов А. и Б. 4 месяца. Лишь наличие печального опыта ведения пациента А. позволило заподозрить диагноз АДФ у пациентки Б. и провести соответствующее оперативное лечение. Однако в результате развившихся осложнений пациента все же не удалось спасти.

Выводы: АДФ является жизнеугрожающей патологией, которую тяжело дифференцировать на ранних стадиях развития заболевания [2, р. 145]. При данном заболевании необходимы ранняя диагностика (выполнение УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, СКТ, ангиографии в первые сутки развития заболевания) и соответствующее высокотехнологичное интервенционное лечение, а именно установка сосудистого протеза, которая увеличит вероятность благоприятного исхода.

Список источников

1. **Овчинников А. А.** Желудочно-кишечные кровотечения // Врач. 2002. № 2.
2. **Morris E. S., Hampton K. K., Nesbitt I. M. et al.** The Management of von Willebrand's Disease-associated Gastrointestinal Angiodysplasia // Blood Coagulation Fibrinolysis. 2001. Vol. 12. № 2.

AORTIC-DUODENAL FISTULA (CLINICAL OBSERVATIONS)

Leonova Anna Dmitrievna
Mordvina Anna Nikolaevna
Nasibova Shakar Khalisovna
Zamaraeva Darina Dmitrievna
Klimentov Mikhail Nikolaevich

Styazhkina Svetlana Nikolaevna, Doctor in Medicine, Professor
Izhevsk State Medical Academy
anna.mordvina@mail.ru

The article analyzes the aortic-duodenal fistula, a fistula between the aortic aneurysm and the duodenum causing dangerous gastrointestinal bleeding. Pathology is extremely rare, and therefore its diagnosis is difficult. The aim of the work is to select tactics of examination and treatment of patients with the aortic-duodenal fistula in the process of the study of patients' histories with the diagnosis "gastrointestinal bleeding from the lower gastrointestinal tract".

Key words and phrases: aortic-duodenal fistula; gastrointestinal bleeding; aortic aneurysm; fistula; duodenum.