

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА

© С.В. Леонченко^{1,2}, В.Н. Петюшкин², А.П. Мотин², А.А. Дёмин^{1,2}, Н.А. Боботина¹

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
Рязань, Российская Федерация (1)
Городская клиническая больница №11, Рязань, Российская Федерация (2)

В статье описан клинический случай хирургического лечения пептической язвы гастроэнтероанастомоза, осложненной перфорацией и желудочно-кишечным кровотечением. Пациент наблюдался с диагнозом: желчекаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, по поводу чего ему была выполнена плановая лапароскопическая холецистэктомия с дренированием брюшной полости. Согласно данным выписки, операция протекала без особенностей. В последующем больной повторно госпитализирован с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, боль в верхних отделах живота. Диагностирована язва гастроэнтероанастомоза и продолжающееся кровотечение, послужившие показанием к оперативному вмешательству в экстренном порядке по жизненным показаниям. Со слов больного удалось выяснить, что часть желудка была удалена более 20 лет назад по поводу язвенной болезни желудка. До последнего времени пациент чувствовал себя удовлетворительно, но в течение полугода вновь стали беспокоить боли в животе, однако при обследовании выявлена желчнокаменная болезнь и данный болевой синдром связали с этой патологией. Предположительно, после первой операции, выполненной в 1995 году, в раннем послеоперационном периоде возникло осложнение в виде непроходимости гастроэнтероанастомоза (анастомозит?), и был наложен дополнительный гастроэнтероанастомоз.

Заключение. Пептическая язва анастомоза – актуальная проблема хирургии желудка, которая не только может возникать через большой промежуток времени после операции, но и давать те же осложнения, что и «эссенциальная» язвенная болезнь, представляя реальную угрозу жизни пациентов. Необходимо отметить, что в ряде случаев интраоперационная картина, опыт и ощущения хирурга играют решающую роль в диагностике хирургической патологии даже, если они разнятся с данными дополнительных методов исследования.

Ключевые слова: *гастроэнтероанастомоз; пептическая язва; язвенная болезнь желудка; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; пострезекционный синдром; желудочно-кишечное кровотечение; перфорация.*

A CLINICAL CASE OF SURGICAL TREATMENT OF PEPTIC ULCER OF GASTROENTEROANASTOMOSIS

S. V. Leonchenko^{1,2}, V. N. Petyushkin², A. P. Motin², A. A. Dyomin^{1,2}, N. A. Bobotina¹

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation (1)
Municipal Clinical Hospital №11, Ryazan, Russian Federation (2)

In the article a clinical case of surgical treatment of peptic ulcer of gastroenteroanastomosis complicated with perforation and gastrointestinal bleeding, is described. The patient was observed with the diagnosis: cholelithiasis, chronic calculous cholecystitis, for which planned laparoscopic cholecystectomy with draining of the abdominal cavity was performed. According to the discharge record, the operation ran without peculiarities. Later the patient was rehospitalized with complaints of weakness, nausea, vomiting, pain in the upper parts of the abdomen; he was diagnosed with ulcer of gastroenteroanastomosis and continuing bleeding that were indications for the surgical intervention for life-saving indications. From the patient words, a part of the stomach was resected more than 20 years before for gastric ulcer. Until the latest time, the patient felt satisfactory, but within 6 months pain in the abdomen reappeared, however, on examination cholelithiasis was identified, and the pain syndrome was attributed to this pathology. Assumably, after the first operation performed in 1995, a complication developed in the early postoperative period in the form of obstruction of gastroenteroanastomosis (anastomositis?), and additional gastroenteroanastomosis was applied.

Conclusion. Peptic ulcer of anastomosis is an actual problem of the gastric surgery which may not only appear long time after the operation, but may give the same complications as «essential» peptic ulcer, and really threaten the life of patients. It should be noted that in some cases the intraoperative picture, experience and sensations of a surgeon play a decisive role in the diagnosis of surgical pathology even if they differ from the data of additional methods of examination.

Keywords: *gastroenteroanastomosis; peptic ulcer disease; gastric ulcer; duodenal ulcer disease; post-resection syndrome; gastrointestinal bleeding; perforation.*

Частота пострезекционных пептических язв колеблется от 0,5 до 10% [1]. В подавляющем большинстве случаев (90-98%) пептические язвы соустья развиваются после резекции желудка, выполненной по поводу язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) [2-6]. Следует отметить, что показатели желудочной секреции здорового человека являются высокими для пациента с резецированным желудком [7]. Причинами образования пептических язв могут быть: недостаточное снижение продукции соляной кислоты вследствие чрезмерно экономной резекции желудка или неполной и неадекватной ваготомии, оставление части слизистой оболочки антрального отдела над культей двенадцатиперстной кишки (ДПК), сужение гастродуоденостомы после операции ваготомии с пилоропластикой, а также экстрагастральные факторы, такие как синдром Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреоз [8,9].

Клинический случай

Пациент Б., 49 лет, находился на стационарном лечении в хирургическом отделении Центральной районной больницы с

23.09.2020 по 06.10.2020 гг. с диагнозом «ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит». Поступал для планового оперативного лечения ЖКБ. Из анамнеза известно, что в 1995 г. в Египте, где тогда проживал пациент, ему была проведена хирургическая операция по поводу язвенной болезни желудка. Со слов пациента, часть желудка была удалена. До последнего времени он чувствовал себя удовлетворительно. В течение полугода вновь стала беспокоить боль в животе. При обследовании выявлена желчекаменная болезнь, и данный болевой синдром был соотнесен с этой патологией.

Из предоперационного обследования: на ультразвуковом исследовании (УЗИ) от 19.09.20 г. печень не изменена. Желчный пузырь лоцируется в типичном месте. Форма обычная, размерами 95x35 мм, стенка 3 мм. В просвете подвижный гиперэхогенный осадок с горизонтальным уровнем, с очень мелкими гиперэхогенными включениями, дающими сплошную дистальную акустическую тень. Наружные контуры желчного пузыря ровные, четкие.

При фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) от 16.09.20 г.: кулея желудка

объемная, содержит умеренное количество слизи и жидкости. Слизистая оболочка ее отечна, гиперемирована, складки среднего калибра. Перистальтика прослеживается. Анастомоз широкий, свободно проходим. Слизистая оболочка области анастомоза розового цвета. Приводящая и отводящая петли тонкой кишки осмотрены на 20 см, слизистая оболочка их не изменена. Заключение: Состояние после резекции желудка по Бильрот-2. Гастрит культи желудка. Анастомозит. В общеклиническом и биохимическом анализах крови без патологии.

29.09.2020 г. – пациенту выполнена лапароскопическая холецистэктомия с дренированием брюшной полости. По данным, отраженным в выписке, операция протекала без особенностей. По дренажу после операции имело место выделение темной густой крови в количестве 10-15 мл. В раннем послеоперационном периоде пациента стала беспокоить периодическая боль в животе умеренной интенсивности схваткообразного характера, несколько раз отмечалась скудная рвота желудочным содержимым.

На УЗИ брюшной полости от 04.10.21 г. по правому флангу выявлена полоска жидкости до 2,5 см. В малом тазу скудное количество жидкости. Больному дан барий. При обзорной рентгенографии брюшной полости кишечных уровней нет, барий в толстой кишке. Пациент получал внутривенные инфузии, антибиотикотерапию, гемостатическую терапию, анальгетики.

Состояние больного оценивалось как средней тяжести. Кожные покровы бледноватые. Артериальное давление (АД) – 105/60 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 92 уд./мин. Показатели красной крови на уровне: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $11,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 2 мм/ч, АЛТ – 132 с, АСТ – 101 Ед/л, билирубин – 21 мкмоль/л, глюкоза – 6,4 ммоль/л, мочевины – 68,9 ммоль/л, амилаза крови – 42 Ед/л, креатинин – 98 мкмоль/л, общий белок – 68,8 г/л. Живот незначительно вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и в правых отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Состояние послеоперационной раны

спокойное. Был стул, жидкий, светло-коричневого цвета.

Для дальнейшего лечения пациент был переведен в 1-е хирургическое отделение ГKB №11 г. Рязани. При поступлении осмотрен и помещен в отделение реанимации. Состояние тяжелое. Жалобы на общую слабость, тошноту, рвоту. Кожные покровы бледные, сухие, конечности холодные. Больной в сознании, несколько заторможен. АД – 80/40 мм рт.ст., ЧСС – 100 уд./мин. Тенденция к гипотонии. Живот мягкий, болезненный в верхних отделах и по правому флангу. Перистальтика выслушивается, умеренно ослаблена. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. При УЗИ от 06.01.21 г. определяется умеренное количество свободной жидкости в подпеченочном пространстве и по правому флангу, вздутые петли кишечника. При ФГДС от 06.10.2020 г. пищевод свободно проходим. Слизистая его розовая, в дистальном отделе скудные наложения слизи. Кардия смыкается неполностью. Культи желудка объемная, в просвете ближе к анастомозу – большой вишневый сгусток. Видимые слизистые бледно-розовые. Визуализируется отводящая кишка, в просвете незначительное количество слизи. По заключению врача-эндоскописта: желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагический период. Форест 1Б. Оперированный желудок. Язва анастомоза? Показатели красной крови: эритроциты – $3,55 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 92 г/л, лейкоциты – $14,6 \times 10^9$ /л, общий белок – 32 г/л, альбумины – 25 г/л, АЛТ – 41 Ед/л, АСТ – 40 Ед/л, амилаза – 22 Ед/л, мочевины – 11,2 ммоль/л, креатинин – 71 мкмоль/л, билирубин – 37 мкмоль/л, щелочная фосфатаза – 68 Ед/л, холестерин – 2,8 ммоль/л. Рекомендовано: динамическое наблюдение, инфузионная, симптоматическая терапия, трансфузия донорских компонентов крови, гемостатическая терапия, лабораторные методы контроля.

07.10.2020 г. – отмечено ухудшение состояния больного в виде гипотонии (АД – 90/60 мм рт.ст., ЧСС – 100 уд./мин.). Однократно был жидкий черный стул. В

экстренном порядке выполнено ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая. Кардия смыкается полностью. Культия желудка объемная, хорошо расправляется воздухом, содержит умеренное количество вишневого сгустков и жидкой темной крови. Визуализируется анастомоз, на задней стенке деформация в виде щелевидного углубления, из которого подтекает алая кровь. Заключение: желудочно-кишечное кровотечение, геморрагический период, Форрест 1А, дефект задней стенки анастомоза.

Учитывая состояние больного, выявленную язву гастроэнтероанастомоза, продолжающееся кровотечение, решено выполнить оперативное вмешательство в экстренном порядке по жизненным показаниям. Пациент взят в операционную. Под эндотрахеальным наркозом с иссечением старого послеоперационного рубца выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости – умеренно выраженный спаечный процесс. В подпеченочном пространстве и по правому флангу до 500 мл старой лизированной крови со сгустками, источник – ложе желчного пузыря. Гемоперитонеум устранен. Петли тонкой кишки заполнены кровью, в толстой кишке следы крови.

При дальнейшей ревизии брюшной полости из спаечного процесса был выделен гастроэнтероанастомоз. Стало очевидно, что предшествующая операция была выполнена по Бильрот-I, был наложен гастродуоденоанастомоз конец в бок, по одной из модификаций (Габереру-Финнею, Гофмейстеру-Финстереру). На глаз четко определялась культия ДПК, направленная вверх. Анастомоз без признаков перипроцесса, инфильтрации и воспаления. Через него без усилий был проведен толстый желудочный зонд. Сквозь стенку ДПК темного содержимого, соответствующего крови, не определялось. Данное несоответствие интраоперационной картины, сопоставленное с заключением эндоскопического исследования, побудило к дальнейшей ревизии брюшной полости, при которой было выявлено, что к телу желудка слева прилегает петля тонкой кишки. В этой зоне имелись наложения фибрина и

выраженная инфильтрация стенки желудка и прилегающей кишки. При снятии фибрина и легком надавливании получили выделение темного желудочного содержимого с измененной кровью. Таким образом, было установлено, что у пациента имелся еще один гастроэнтероанастомоз. При последующих манипуляциях обнаружена прикрытая перфорация передней стенки данного гастроэнтероанастомоза на полуокружность. Хирургический инструмент свободно проникал в полость желудка и отводящую кишку. Отводящая кишка данного анастомоза выделена по Ру, ниже в нее вшита тощая кишка, пересеченная в 20 см от связки Трейца. Картина вполне соответствовала данным эндоскопического исследования. Имело место наличие язвы анастомоза с прикрытой перфорацией и кровотечением.

Таким образом, мы пришли к предположению, что после первой операции, выполненной в 1995 г., в раннем послеоперационном периоде возникло осложнение в виде непроходимости гастроэнтероанастомоза (анастомозит?). У хирургов возникла необходимость в проведении срочного оперативного пособия, заключающегося в наложении дополнительного гастроэнтероанастомоза. Решено произвести разобщение второго гастроэнтероанастомоза. Дефект желудка после иссечения инфильтрированных тканей ушит двухрядным швом. Отводящая тонкая кишка погружена кисетным и Z-образным швами. Учитывая наличие неизмененного, проходимого «первого» гастроэнтероанастомоза решено провести за него зонд для кормления и завершить вмешательство. Дополнительно оставлен зонд в желудке для декомпрессии. Брюшная полость дренирована по правому флангу, в малом тазу и зоне разобщенного гастроэнтероанастомоза. Гемостаз. Послойный шов раны.

На 5-е сутки пациент переведен из реанимационного отделения в палату. Послеоперационный период протекал без особенностей. 19.10.2020 г. – пациент выписан на амбулаторное долечивание по месту жительства.

Обсуждение

Производя радикальные хирургические пособия по поводу гастродуоденальных язв, хирург не застрахован от различного рода осложнений. В описанном случае развившийся анастомозит вынудил провести повторное вмешательство – наложение дополнительного гастроэнтероанастомоза. Данный факт свидетельствует о необходимости дифференцированного и тщательного подхода к выбору способа оперативного пособия на до- и интраоперационном этапах. При всех видах операций на желудочно-кишечном тракте необходимо производить тщательную ревизию его на всем протяжении, от пищевода-желудочного перехода до прямой кишки. Это дает возможность выявить существующую патологию, конституциональные особенности, что в конечном итоге позволяет избежать осложнений.

Заключение

Пептическая язва анастомоза – актуа-

льная проблема хирургии желудка, которая не только может возникать через большой промежуток времени после операции, но и давать те же осложнения, что и «эссенциальная» язвенная болезнь, представляя реальную угрозу для жизни пациента. Необходимо отметить, что в ряде случаев интраоперационная картина, опыт и ощущения хирурга играют решающую роль в диагностике хирургической патологии даже, если они разнятся с данными дополнительных методов исследования.

Дополнительная информация

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Этика. В исследовании использованы данные пациента в соответствии с подписанным информированным согласием.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Литература

- Lau J.Y., Sung J., Hill C., et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality // *Digestion*. 2011. Vol. 84, №2. P. 102-113. doi:10.1159/000323958
- Зубарев П.Н. Пострезекционные и постгастрэктомические болезни // *Практическая онкология. Рак желудка*. 2001. №3(7). С. 31-34.
- Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. *Болезни пищевода и желудка*. М.: МЕДпресс-информ; 2002.
- Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2009. №3. С. 10-16.
- Хомидов Ф.К. Повышение эффективности лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений // *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2015. №2. С. 46-49.
- Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Копейкин А.А., и др. Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни // *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2011. №4. С. 120-124.
- Bertleff M.J.O.E., Halm J.A., Bemelman W.A., et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA Trial // *World Journal of Surgery*. 2009. Vol. 33, №7. P. 1368-1373. doi:10.1007/s00268-009-0054-y
- Bertleff M.J.O.E., Lange J.F. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature // *Surgical Endoscopy*. 2010. Vol. 24, №6. P. 1231-1239. doi:10.1007/s00464-009-0765-z
- Arveen S., Jagdish S., Kadambari D. Perforated peptic ulcer in South India: an institutional perspective // *World Journal of Surgery*. 2009. Vol. 33, №8. P. 1600-1604. doi:10.1007/s00268-009-0056-9

References

- Lau JY, Sung J, Hill C, et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*. 2011;84(2):102-13. doi:10.1159/000323958
- Zubarev PN. Postrezektionnyye i postgastroektomicheskiye bolezni. *Prakticheskaya Onkologiya. Rak Zheludka*. 2001;(3):31-4. (In Russ).
- Ivashkin VT, Sheptulin AA. *Bolezni pishchevoda i zheludka*. Moscow: MEDpress-inform; 2002. (In Russ).
- Gostishchev VK, Evseev MA, Golovin RA. Radical operative treatment of perforative gastroduodenal ulcer disease. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2009;(3):10-6. (In Russ).
- Homidov FK. Improving the efficiency of the treatment of gastroduodenal ulcer bleeding. *Nauka Molodykh (Eruditio Juvenium)*. 2015;(2):46-9. (In Russ).
- Tarasenko SV, Zaitsev OV, Kopeykin AA, et al. The life quality of the patients who have sustained the partial gastrectomy concerning the peptic ulcer. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*.

- 2011;(4):120-4. (In Russ).
7. Bertleff MJO, Halm JA, Bemelman WA, et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA Trial. *World Journal of Surgery*. 2009; 33(7):1368-73. doi:10.1007/s00268-009-0054-y
 8. Bertleff MJOE, Lange JF. Laparoscopic correction of perforated peptic ulcer: first choice? A review of literature. *Surgical Endoscopy*. 2010;24(6):1231-9. doi:10.1007/s00464-009-0765-z
 9. Arveen S, Jagdish S, Kadambari D. Perforated peptic ulcer in South India: an institutional perspective. *World Journal of Surgery*. 2009; 33(8):1600-4. doi:10.1007/s00268-009-0056-9

Информация об авторах [Authors Info]

***Леонченко Сергей Васильевич** – к.м.н., доцент кафедры урологии с курсом хирургических болезней, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; врач-хирург хирургического отделения №1, Городская клиническая больница №11, Рязань, Российская Федерация. e-mail: leonc17@yandex.ru
SPIN: 4713-4490, ORCID ID: 0000-0002-5266-7486.

Sergei V. Leonchenko – MD, PhD, Associate Professor of the Department of Urology with the Course of Surgical Diseases, Ryazan State Medical University; Surgeon of the Surgical Department №1, Municipal Clinical Hospital №11, Ryazan, Russian Federation. e-mail: leonc17@yandex.ru
SPIN: 4713-4490, ORCID ID: 0000-0002-5266-7486.

Петюшкин Виктор Николаевич – врач-хирург хирургического отделения №1, Городская клиническая больница №11, Рязань, Российская Федерация.
ORCID ID: 0000-0002-2711-349X.

Victor N. Petyushkin – Surgeon of the Surgical Department №1, Municipal Clinical Hospital №11, Ryazan, Russian Federation.
ORCID ID: 0000-0002-2711-349X.

Мотин Александр Петрович – врач-хирург хирургического отделения №1, Городская клиническая больница №11, Рязань, Российская Федерация.
ORCID ID: 0000-0002-7599-4930.

Aleksandr P. Motin – Surgeon of the Surgical Department №1, Municipal Clinical Hospital №11, Ryazan, Russian Federation.
ORCID ID: 0000-0002-7599-4930.

Дёмин Артём Алексеевич – ординатор кафедры урологии с курсом хирургических болезней, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация.

Artyom A. Dyomin – Resident of the Department of Urology with a Course of Surgical Diseases, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation.

Боботина Наталья Андреевна – студент, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация.
ORCID ID: 0000-0002-3893-1586.

Natal'ya A. Bobotina – Student, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation.
ORCID ID: 0000-0002-3893-1586.

Цитировать: Леонченко С.В., Петюшкин В.Н., Мотин А.П., Дёмин А.А., Боботина Н.А. Клинический случай хирургического лечения пептической язвы гастроэнтероанастомоза // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2021. Т. 9, №1. С. 101-106. doi:10.23888/HMJ202191101-106

To cite this article: Leonchenko SV, Petyushkin VN, Motin AP, Dyomin AA, Bobotina NA. A clinical case of surgical treatment of peptic ulcer of gastroenteroanastomosis. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2021;9(1):101-6. doi:10.23888/HMJ202191101-106

Поступила / Received: 12.09.2020
Принята в печать / Accepted: 01.03.2021