

УДК 616.9:616.073

**СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ
ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА, ПЕНЕТРИРУЮЩЕЙ В ПЕРЕДНЮЮ
БРЮШНУЮ СТЕНКУ С ФОРМИРОВАНИЕМ НАРУЖНОГО
ЖЕЛУДОЧНОГО СВИЦА**

**CASE OF TREATMENT OF A PATIENT WITH PEPTIC ULCER AFTER
GASTROJEJUNOSTOMY, PENETRATING INTO THE ANTERIOR ABDOMINAL
WALL WITH THE FORMATION OF THE EXTERNAL GASTRIC FISTULA**

**В.Ф. Куликовский¹, А.А. Карпачев¹, А.А. Смирнов², А.В. Солошенко²,
Ю.Н. Агарков², Э.Г. Выхристюк², А.Л. Ярош¹, Б.В. Касьянов¹
V.F. Kulikovskiy¹, A.A. Karpachev¹, A.A. Smirnov², A.V. Soloshenko²,
Yu.N. Agarkov², E.G. Vykhristyuk², A.L. Yarosh¹, B.V. Kasianov¹**

¹⁾ *Белгородский государственный национальный исследовательский университет
Россия, 308015, Белгород, ул. Победы, 85*

²⁾ *ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»
Россия, 308007, Белгород, ул. Некрасова, 8/9*

¹⁾ *Belgorod National Research University
Russia, 308015, Belgorod, Pobedy St. 85*

²⁾ *Belgorod Regional Clinical Hospital
Russia, 308007, Belgorod, Nekrasova St. 8/9*

E-mail: karpachev72@rambler.ru

Аннотация. В работе представлен клинически редкий случай пенетрации язвы гастроэнтероанастомоза с формированием наружного желудочного свища. Пациенту 60 лет по данным ВГДС был установлен диагноз язвенная болезнь желудка с локализацией в пилорическом отделе, проведен курс противоязвенной терапии. В 2008 г. выполнена гастроэнтеростомия по Вельфлеру. 01.03.2016 г. больной обратился в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», с жалобами на наличие свища передней брюшной стенки, локализующегося в эпигастральной области с желудочным отделяемым. 11.03.2016 г. была произведена операция: лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Ру. Производилась комплексная инфузионная, антибактериальная, противоязвенная терапия. Послеоперационный период сопровождался развитием анастомозита, на фоне проведенной консервативной терапии и нутритивной поддержки через назоинтестинальный зонд явления анастомозита были купированы. Больной был выписан из стационара на 38-е сутки в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 1 месяц – жалоб не предъявляет.

Resume. In the work is presented a rare clinical case of the ulcer penetration after gastrojejunostomy with the formation of the external gastric fistula. The 60 years old patient according to endoscopy had pyloric ulcer of the stomach, and received a course of anti-ulcer therapy. In 2008 he admitted to the Belgorod Oncological Dispensary with the pyloric stenosis, where gastroenterostomy by Vel'fler was performed. After that he was repeatedly hospitalized in surgical departments of different hospitals. 14.05.2015 was hospitalized in the Belgorod city hospital with an external fistula gastrojejunostomy, 14.05.2015 dissection of the postoperative scar infiltrate, 15.05.2015 laparotomy, excision of the gastrojejunostomy fistula, abdominal drainage. 24.02.2016 was hospitalized in the Belgorod city hospital with an abscess of abdominal wall, 26.02.2016 g opening of the anterior abdominal wall abscess, drainage of the abscess cavity. 01.03.2016 g patient arrived to the Belgorod Regional Clinical Hospital of St. Joasaph, with complain due to anterior abdominal wall fistula, localized in the epigastric region with gastric discharge. In 11.03.2016 operation was performed to this patient: laparotomy, resection of 2/3 of the stomach and Roux-en-Y anastomosis. Patient received in the postoperative period complex infusion, antibiotic and antiulcer therapy. The postoperative period was complicated with the development of inflammation of the Roux-en-Y anastomosis, so in addition nutritional support was provided through naso-intestinal tube. Patient was discharged from the hospital on day 38. Reexamination after 1 month – no complaints.

Ключевые слова: пептическая язва, гастроэнтероанастомоз, резекция желудка.
Keywords: peptic ulcer, gastrojejunostomy, gastric resection.



Введение

Одним из грозных осложнений после операций на желудке является пептическая язва желудочно-кишечного анастомоза. Ургентные осложнения, в виде перфорации, пенетрации или кровотечения являются достаточно частым явлением у этой категории больных, достигая, по данным некоторых авторов, 62% [Курыгин и др., 2004; Bethany C. Sacks et al., 2006; Калинин, 2007]. При этом в литературе указываются только единичные случаи пенетрации язв в переднюю брюшную стенку, у пациентов с синдромом Золлингера-Элиссона [Курыгин и др., 2004].

Впервые данный вид осложнений описал Н. Braun в 1899 г., а после резекции желудка – Н. Nabereg в 1929 г [Чахоян, 2009]. При этом частота развития данного осложнения по данным одних авторов варьирует от 2 до 5% [Курыгин и др., 2004; Bethany C. Sacks et al., 2006], у других авторов от 0.5 % до 15 % [Никитин и др., 2015]. Сроки же развития пептических язв колеблются от нескольких месяцев до 1–8 лет после операции [Калинин, 2007, Белоусова и др., 2010].

Известно также, что пептические язвы развиваются только на фоне сохраненной выработки свободной соляной кислоты [Курыгин и др., 2004]. При этом причинами являются гастроэнтеростомия при декомпенсированном стенозе, недостаточная по объему резекция, локальная ишемия в области желудочно-кишечного соустья, эндокринные опухоли поджелудочной железы (синдром Золлингера-Элиссона), паразитовидных желез, надпочечников и др., несостоятельность швов [Курыгин и др., 2004; Muthukumaran Rangarajan et al., 2006; Bethany C. Sacks et al., 2006; Калинин, 2007; Белоусова и др., 2010]. В то же время, некоторые авторы указывают, что в литературе уделяется недостаточно внимания дуоденогастральному и энтерогастральному рефлюксу, которые также являются ulcerогенными факторами [Никитин и др., 2015].

После резекции желудка по поводу желудочной язвы пептические язвы желудочно-кишечного соустья образуются очень редко и только тогда, когда первичная язва располагается в пилорической зоне и по своим проявлениям напоминает язву двенадцатиперстной кишки [Курыгин и др., 2004; Muthukumaran Rangarajan et al., 2006]. Как правило, язвы обнаруживают в месте анастомоза, вблизи него со стороны желудка, что может быть связано, к примеру, с использованием нерассасывающегося шва для наложения гастроэнтероанастомоза [Bethany C. Sacks et al., 2006; Калинин, 2007]. Реже пептические язвы локализуются в отводящей петле тощей кишки напротив анастомоза [Калинин, 2007].

Приводим наше наблюдение

Пациент 60 лет, госпитализирован с клиническим диагнозом: Язвенная болезнь. Состояние после наложения гастроэнтероанастомоза по Вельферу в 2008 г. Пептическая язва гастроэнтероанастомоза, пенетрирующая в переднюю брюшную стенку. Несформированный, неполный по пассажу наружный желудочный свищ (рис. 1).



Рис. 1. Наружный желудочный свищ на дренаже
Fig. 1. External gastric fistula on drainage

В 2006 г у больного по данным ВГДС была установлена язвенная болезнь желудка с локализацией в пилорическом отделе, был проведен курс противоязвенной терапии. 11.02.2008 г. госпитализирован в ОГБУЗ по поводу стеноза выходного отдела желудка, 21.02.2008 г. выполнена гастроэнтеростомия по Вельферу. 14.05.2015 г. госпитализирован по поводу наружного свища гастроэнтероанастомоза, 14.05.2015 г. рассечение инфильтрата послеоперационного рубца,

15.05.2015 г. лапаротомия, иссечение свища гастроэнтероанастомоза, дренирование брюшной полости. 24.02.2016 г. госпитализирован по поводу абсцесса передней брюшной стенки, 26.02.2016 г. вскрытие абсцесса передней брюшной стенки, дренирование полости абсцесса. 27.02.16 г. было проведено ВГДС – на передней стенке антрального отдела – 2 силиконовые трубки (гастростома), на 2-3 см дистальнее- острая язва 1.5 см в диаметре с темными тромбами.

01.03.2016 г. больной обратился в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», с жалобами на наличие свища передней брюшной стенки, локализующегося в эпигастральной области с желудочным отделяемым. Данные клинического и биохимического анализа крови представлены в табл. 1.

Таблица 1
Table. 1

Клинический и биохимический анализ крови на момент поступления
Complete blood count and blood chemistry on admission

Гемоглобин, г/л	Эритроциты, $\times 10^{12}$	Лейкоциты, $\times 10^9$	Тромбоциты, $\times 10^9$	Нейтрофилы, %	Лимфоциты, %	Моноциты, %
157.0	5.13	9.7	441	63.3	24.6	9.1
Общ. белок, г/л	Мочевина, ммоль/л	Креатинин, ммоль/л	Глюкоза, ммоль/л	АСТ, Ед/л	АЛТ, Ед/л	
71.6	4.8	92.0	2.8	143.5	101.7	

02.05.2016 г. была выполнена ВГДС – слизистая желудка гиперемирована, отечна, на слизистой определяются эрозии 2-3см в диаметре.

11.03.2016 г. была произведена операция: лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Ру, при ревизии: в верхнем этаже брюшной полости выраженный спаечный процесс, на передней стенке желудка в средней трети определяется гастроэнтероанастомоз с Брауновским соустьем, от которого к передней брюшной стенке идет свищевой ход. Желудок резко увеличен в размерах, стенка гипертрофирована. В области пилорического отдела желудка определяется инфильтрат, стенотическое сужение, практически полностью обтурирующее просвет. Свищевой ход иссечен. Аппаратная резекция приводящего и отводящего колена ранее наложенного анастомоза (рис. 2).

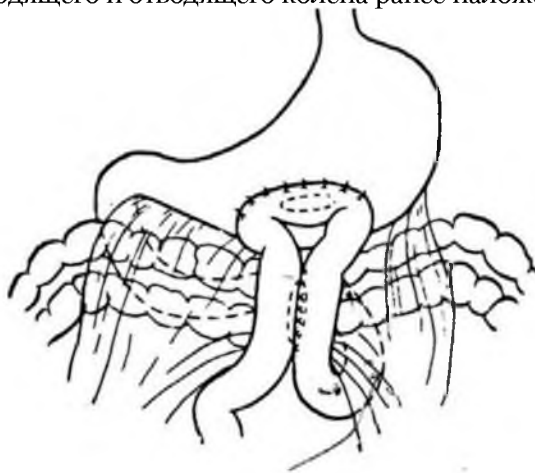


Рис. 2. Схема операции: а) наложенный ранее гастроэнтероанастомоз по Вельфлеру
Fig. 2. The scheme of the operation: a) previously performed gastrojejunostomy by Velfler

Произведена мобилизация желудка по малой и большой кривизне. Выделен пилорический отдел желудка, луковица ДПК из фиброзного перипроцесса. ДПК отсечена, культя погружена кистным швом. Аппаратная резекция желудка. Малая кривизна культи желудка сформирована узловыми швами. Наложен гастроэнтероанастомоз по Ру с отводящей петлей ранее наложенного гастроэнтероанастомоза (рис. 3).



Рис. 3. Схема операции: б) выполненная резекция желудка с формированием гастроэнтероанастомоза по Ру с отводящей петлей ранее наложенного гастроэнтероанастомоза

Fig. 3. The scheme of the operation: b) resection of the stomach with a formation of the gastrojejunostomy by Roux-en-Y with a previously imposed outlet loop after gastrojejunostomy

Дренирование подпеченочного пространства, ложа анастомоза через контрапертуру трубчатыми дренажами. Производилась комплексная инфузионная, антибактериальная, противоязвенная терапия. Послеоперационный период сопровождался развитием анастомозита, по данным ВГДС от 23.03.2016 г. – катаральный эзофагит. Состояние после резекции желудка по Ру. Гастрит культи желудка. Анастомозит. Постановка назо-интестинального зонда. На фоне проведенной консервативной терапии и нутритивной поддержки через назоинтестинальный зонд явления анастомозита были купированы. 07.04.2016 г. проведена рентгеноскопия желудка – культи желудка не растянута, складки визуализируются нормально, эвакуация из желудка не нарушена. Больной был выписан из стационара на 38 сутки в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 1 месяц, жалоб не предъявляет.

Выводы и обсуждение

Пептические язвы гастроэнтероанастомозов, выполненных по поводу язвенной болезни, являются частым осложнением данного вида операций, так как данный вид оперативных вмешательств не разрешает одну из главных проблем возникновения пептических язв – выработку свободной соляной кислоты. Достаточно часто встречаются и осложнения пептических язв в виде перфорации, пенетрации в соседние органы и кровотечения. Представленный на рассмотрение клинически редкий случай пенетрации пептической язвы гастроэнтероанастомоза в переднюю брюшную стенку показывает, насколько «упорно» рецидивирующей может быть язвенная болезнь и что наложение гастроэнтероанастомоза в некоторых случаях может усугублять ее течение и только лишь достаточная по объему резекция желудка позволяет надежно «обезопасить» пациента от рецидива болезни.

Список литературы References

- Белюсова С. А., Быков А.Д., Быкова Ю. А. 2010. Пептическая язва анастомоза. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, 3 (73): 36 – 39.
- Belousova S. A., Bykov A.D., Bykova Yu. A. 2010. Pepticheskaya yazva anastomoza. Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra Sibirskogo otdeleniya Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk [Peptic ulcer of anastomosis. Bulletin of the East-Siberian Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences]. 3 (73): 36 – 39. (in Russian)
- Калинин А.В. 2007. Болезни оперированного желудка. Газета «Новости медицины и фармации»: Гастроэнтерология, 1 (226): 6-9.
- Kalinin A.V. 2007. Bolezni operirovannogo zheludka. Gazeta «Novosti meditsiny i farmatsii»: Gastroenterologiya [Diseases of the operated stomach. The newspaper "News of Medicine and Pharmacy": Gastroenterology]. 1 (226): 6-9. (in Russian)
- Курьгин А.А., Лебедев Н.Н., Багненко С.Ф. 2004. Послеоперационные желудочно-кишечные язвы. Санкт-Петербург, Политехника, 168с.
- Kurygin A.A., Lebedev N.N., Bagnenko S.F. 2004. Posleoperatsionnye zheludochno-kishechnye yazy [Postoperative gastrointestinal ulcers]. Sankt-Peterburg, Politekhnik 168s. (in Russian)
- Никитин Н.А., Коршунова Т.П., Прокопьев Е.С., Онучин М.А., Авдеева М.М. 2015. Хирургическое лечение urgentных осложнений пептических язв желудочно-кишечных анастомозов. Научный журнал «Фундаментальные исследования». Раздел медицинские науки, 1 (6): 1199-1203.



Nikitin N.A., Korshunova T.P., Prokop'ev E.S., Onuchin M.A., Avdeeva M.M. 2015. Khirurgicheskoe lechenie urgentnykh oslozhneniy pepticheskikh yazv zheludochno-kishechnykh anastomozov. Nauchnyy zhurnal «Fundamental'nye issledovaniya». Razdel meditsinskie nauki [Surgical treatment for urgent complications of peptic ulcers of gastrointestinal anastomosis. Scientific Journal "Fundamental research". Section Medical Sciences]. 1 (6): 1199-1203. (in Russian)

Чахойян А.А. 2009. Пептическая язва анастомоза после резекции желудка. Научно-практический медицинский журнал "Медицинский вестник Эрбуну", 37: 62-82.

Chakhoyan A.A. 2009. Pepticheskaya yazva anastomoza posle rezektsii zheludka. Nauchno-prakticheskiy meditsinskiy zhurnal "Meditsinskiy vestnik Erebuni" [Peptic anastomotic ulcer after gastric resection. Scientific-practical medical magazine "Medical bulletin Erebuni"], 37: 62-82. (in Russian)

Bethany C. Sacks, Samer G. Mattar, Faisal G. Qureshi, George M. Eid, Joy L. Collins, Emma J. Barinas-Mitchell. 2006. Incidence of marginal ulcers and the use of absorbable anastomotic sutures in laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. Surgery for Obesity and Related Diseases, 2: 11-16.

Muthukumaran Rangarajan, Chinnusamy Palanivelu, Madhupalayam Velusamy, Rangasamy Senthilkumar. 2006. Laparoscopic Management of Perforation of a Marginal Ulcer Following Anterior Gastrojejunostomy. Pakistan Journal of Medical Sciences, 22 (4): 474-476.