

УДК 617-089.844

УДК 616-06 + 616.33-005.1

*Е. Д. Любивый, В. Л. Ким, И. В. Людовских, А. В. Евтихов*

### ЛЕЧЕНИЕ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА, ОСЛОЖНЕННОЙ ПРОДОЛЖАЮЩИМСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

84

Поступила в редакцию 21.03.2021 г.

Рецензия от 31.03.2021 г.

*Описывается клиническое наблюдение оперативного лечения постгастрорезекционного синдрома, представленного пептической язвой гастроэнтероанастомоза, язвенным кровотечением и укороченной (недостаточной длины) приводящей петли. Осложнения были связаны с недостаточным объемом резекции желудка, а малая длина приводящей петли создала определенные трудности для проведения реконструктивного вмешательства. Нами выполнена адекватная резекция культи органа и найдено решение проблемы, связанной с недостаточными размерами приводящей петли, с помощью реконструкции межкишечных анастомозов. Примененная методика, позволила избежать послеоперационные осложнения. Контрольное обследование в период более года показало отсутствие рецидива заболевания, восстановление обычного питания и нормальных показателей физикальных методов обследования пациента.*

*The article describes a clinical case of surgical treatment of postgastroresection syndrome, represented by a peptic ulcer of gastroenteroanastomosis, ulcerative bleeding and a shortened (insufficient length) adductor loop. Complications were seen to have resulted from insufficient volume of gastric resection, while a small length of the adductor loop created certain difficulties for reconstructive surgery. We performed an adequate resection of the organ stump and found a solution to the problem associated with the insufficient size of the adductor loop by reconstructing the inter-intestinal anastomoses. The applied technique made it possible to avoid post-surgery complications. The control examination for a period of more than a year showed the absence of a relapse of the disease, the restoration of normal nutrition and normal indicators of the physical methods of patient examination.*

**Ключевые слова:** осложнения после резекции желудка, оперативное лечение постгастрорезекционного синдрома, пептическая язва гастроэнтероанастомоза, язвенное кровотечение, резекция желудка

**Keywords:** complications after gastric resection, surgical treatment of postgastroresection syndrome, peptic ulcer of gastroenteroanastomosis, ulcerative bleeding, gastric resection



## Введение

До настоящего времени основным методом лечения осложненных форм язвенной желудка и двенадцатиперстной кишки остается хирургический, при этом резекция желудка остается операцией выбора [1; 10]. Однако отдаленные результаты оперативного лечения больных язвенной болезнью не являются полностью удовлетворительными, так как у 61,3 % больных, перенесших резекцию желудка, появляются постгастрорезекционные синдромы, существенно снижающие трудоспособность и приводящие к инвалидизации [2; 3; 10; 12].

Одной из форм таких патологических состояний является пептическая язва, которая проявляется после операций на желудке с частотой от 0,5 до 15 %. В 75–80 % случаев само это заболевание имеет дополнительное осложненное течение. Консервативное лечение оказывает кратковременный эффект и вряд ли может явиться альтернативой хирургическому лечению. Реконструктивная резекция желудка является основным методом вмешательства в тех случаях, когда рецидив язвы обусловлен негормональными причинами (недостаточный объем резекции желудка, рефлюкс кишечного содержимого в культю желудка, повышенный тонус блуждающего нерва). В то же время выбор способа реконструктивной операции продолжает оставаться предметом дискуссий [4–7; 10; 11].

Дополнительные трудности могут возникнуть при метрически диспропорционально выполненной первично операцией, укороченной (недостаточной длины, с натяжением стенок) приводящей петле кишки после резекции желудка по Бильрот-II. Имеются работы [8; 9; 11], предлагающие оперативные вмешательства двустороннего отключения двенадцатиперстной кишки.

В данной статье описан метод оперативного лечения постгастрорезекционного синдрома в виде пептической язвы и кровотечения, сочетающегося с укороченной (малой длины, наложенной ранее с натяжением) приводящей петлей. Изучены ближайшие и отдаленные результаты клинического наблюдения нашего опыта применения данного метода.

### Описание клинического наблюдения

Представляем клиническое наблюдение хирургического лечения болезни оперированного желудка у пациента, имевшего два осложнения постгастрорезекционного синдрома.

Больной С., 44 года, поступил в клинику с жалобами на дискомфорт в эпигастрии, слабость, недомогание, головокружение, сухость во рту, тошноту, затем рвоту содержимым типа «кофейной гущи», дегтеобразный жидкий стул.

В анамнезе – в 2000 г. пациент прооперирован по поводу кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки, была выполнена резекция желудка по Бильрот II. После операции больной отмечал некоторый дис-

комфорт иногда боли в эпигастрии, периодически изжоги, отрыжки. В последние годы эти явления несколько усилились. Обследования и лечения не было. За 11–12 ч до поступления постепенно появились и развились вышеуказанные жалобы.

При осмотре в приемном отделении было диагностировано тяжелое состояние. Периодически рвота «кофейной гущей» с примесью темной крови со сгустками. Пульс – 98 уд/мин, артериальное давление (АД) – 100/60 мм рт ст. Гемоглобин – 78 г/л, эритроциты –  $2,58 \times 10^{12}$ /л, гематокрит – 22,7%. Ввиду тяжести состояния и продолжающегося кровотечения пациент был госпитализирован в реанимационное отделение. При эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС) – резецированный желудок по Бильрот-II, пептическая язва гастроэнтероанастомоза (ГЭА), большое количество крови со сгустками. После санации все попытки эндоскопического гемостаза (орошение, инфильтрация, аргон) оказались безуспешны.

В виду продолжающегося кровотечения и неэффективности консервативного и эндоскопического гемостаза в экстренном порядке больной был взят в операционную. При лапаротомии выявлено, что ранее была выполнена резекция желудка с ГЭА по Бильрот-II на короткой петле, при этом приводящая петля тонкой кишки составляет в длину около 3,0 см от связки Трейца с натянутой и истонченной стенкой, по передней стенке ГЭА рубец с пальпируемым изнутри кратером (рис. 1).

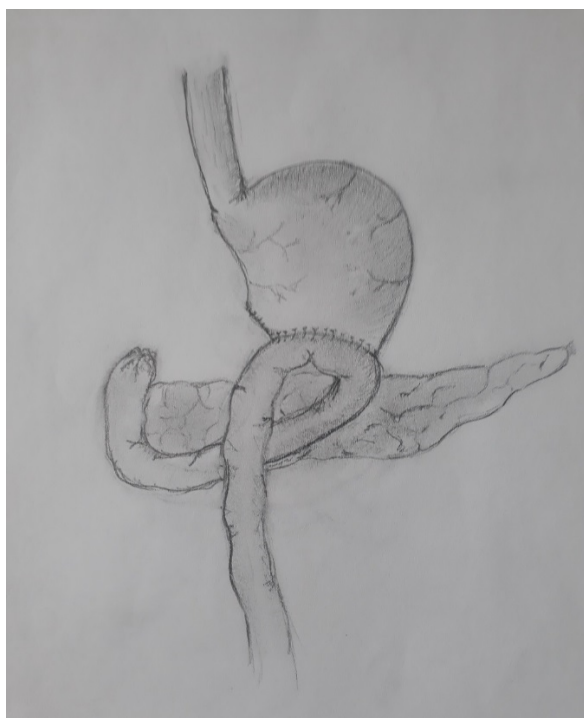
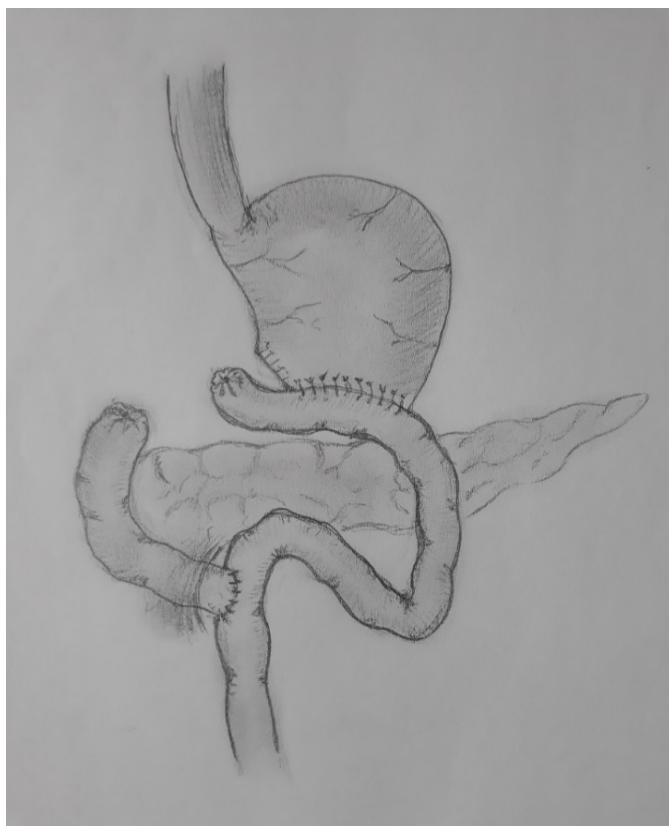


Рис. 1. Состояние при первой операции после лапаротомии до реконструктивного этапа



Выполнена резекция желудка с ГЭА по Ру (рис. 2).



87

Рис. 2. Состояние после реконструктивного вмешательства при первой операции

В культе желудка около 500 мл крови со сгустками, кровоточащая язва анастомоза. Ввиду тяжести состояния пациента, нестабильной низкой гемодинамики с целью сокращения времени операции был наложен Y-образный анастомоз с имеющейся приводящей петлей на расстоянии около 2,0 см от трехцевой связки после рассечения последней. Образован анастомоз с некоторым натяжением стенок.

На шестые сутки появилась клиника локального перитонита в правом верхнем этаже брюшной полости. С возможной несостоятельностью швов анастомоза больной взят в операционную. Во время повторного хирургического вмешательства выявлен местный желчный перитонит, причиной которого оказалась несостоятельность швов энтероэнтероанастомоза на  $\frac{1}{4}$  окружности. Выполнено разобщение его, «освежение» краев составных частей Y-образного анастомоза (рис. 3).

Дистальный участок тощей кишки свободно, без натяжения анастомозирован «конец-в-конец» с оставшейся культей приводящей тощей кишки (рис. 4).

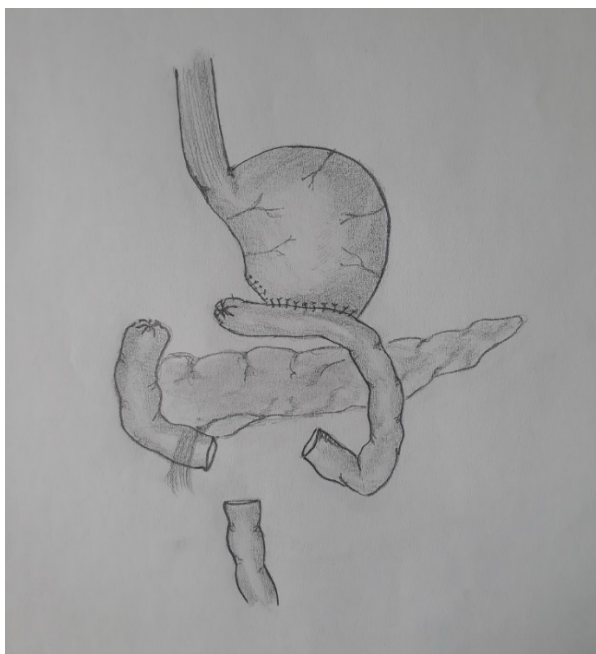


Рис. 3. Разобщение энтеро-энтероанастомоза при повторном хирургическом вмешательстве

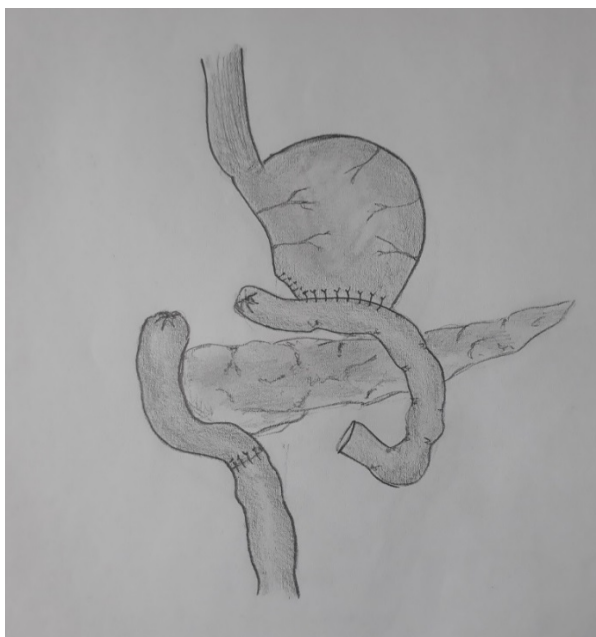


Рис. 4. Наложенный анастомоз между короткой культей приводящей петли и дистальной частью тощей кишки при повторном хирургическом вмешательстве



Проксимальный участок кишки, идущий от ГЭА по Ру, также свободно анастомозирован конец в бок с дистальным участком отступа 10,0 см от ранее наложенного энтероэнтероанастомоза (рис. 5).

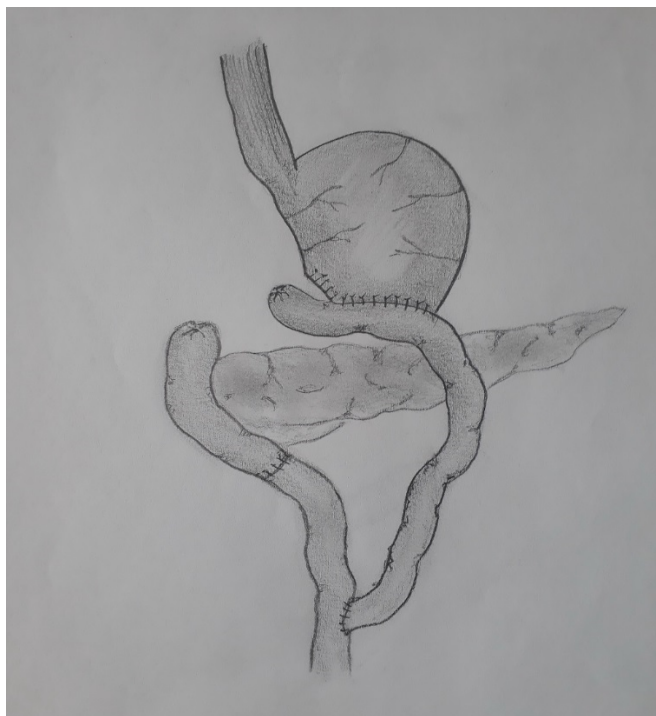


Рис. 5. Окончательный вид после реконструктивной операции при повторном хирургическом вмешательстве

Через приводящую петлю в двенадцатиперстную кишку установлен зонд для его декомпрессии и оттока дуоденального содержимого на умеренной регулируемой активной аспирации, в отводящую петлю — зонд для питания, в брюшную полость — дренажи.

Послеоперационный период протекал гладко. Больной получал необходимую терапию, в том числе и парантеральное питание. Через несколько дней налажено энтеральное питание через назоинтестинальный зонд. А через полторы недели совершен переход на естественное щадящее диетическое питание *per os* в увеличивающейся дозировке. Пациент выписан через 3,5 недели в удовлетворительном состоянии.

При контрольном обследовании через 6 месяцев у пациента жалоб не было. Прибавил в весе на 10 кг до 68 кг при росте 1,7 м. Состояние удовлетворительное, стабильное. Пульс — 78 уд/мин, АД — 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий безболезненный. Физиологические опрвления в норме. Анализы без патологии. ЭГДФС — оперированный желудок после резекции по Ру, состояние ГЭА, слизистой культи желудка и анастомозированного кишечника удовлетворительное.



## Обсуждение

Таким образом, в данном случае причиной рецидива язвы после резекции желудка, скорее всего, было недостаточное снижение продукции соляной кислоты вследствие экономной резекции. Кроме того, наложенный антиперистальтически гастроэнтероанастомоз от большой кривизны к малой на укороченной (недостаточной длины, с натяжением стенок кишки) приводящей петле (рис. 1), возможно, способствовал развитию вначале рефлюкс-гастрита, а затем образованию пептической язвы ГЭА вследствие заброса в культю желудка желчных кислот, лизолецитина, панкреатического сока, находящихся в дуоденальном содержимом, с разрушением слизисто-бикарбонатного барьера, повреждением слизистой оболочки желудка [1; 2; 4; 5; 11; 12]. Можно говорить, что у данного пациента эффективность примененного первоначально оперативного метода лечения язвенной болезни по шкалам Визик, Джонсона, Европейской ассоциации гастроэнтерологов оценивается по последним, крайним критериям.

При постгастрорезекционных осложнениях, острых осложнениях пептических язв желудочно-кишечных анастомозов на выбор метода операции влияют ее срочность, способ предыдущего хирургического вмешательства, размеры культей желудка и двенадцатиперстной кишки, состояние и длина приводящей петли [10; 11]. В отношении культы желудка и ГЭА среди реконструктивных вмешательств методом выбора следует признать ререзекцию желудка по Ру и его модификации [1; 3; 4; 6–8]. В случаях укороченной (недостаточной длины) приводящей петли операции двустороннего отключения двенадцатиперстной кишки, редуоденизации являются сложными, по некоторым обстоятельствам не всегда выполнимыми [11].

Альтернативой может явиться более простой, а по физиологичности не уступающий по сравнению с двусторонним отключением двенадцатиперстной кишки описанный способ реконструктивного вмешательства.

## Заключение и выводы

Наш опыт, включающий не только данное клиническое наблюдение, позволяет говорить о преимуществах реконструктивных операций по Ру и его модификаций в лечении постгастрорезекционного синдрома. Этот способ ререзекции по Ру позволяет применять предложенную методику в таких редко встречаемых случаях, технически трудных ситуациях и более адекватно, в смысле предотвращения рецидива язвенной болезни

## Список литературы

1. Черноусов А. Ф. Интерактивный круглый стол // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии : матер. VIII Российской гастроэнтерологической Недели. М., 2002. №12. С. 5.



2. Жерлов Г.К., Кошель А.П. Оперированный желудок // Наука. Новосибирск. 2002. С. 67–72.
3. Жижин Ф.С., Капустин Б.Б., Сысоев С.В., Елхов И.В. Однорядный шов в хирургии желудочно-кишечного тракта // Актуальные аспекты госпитальной хирургии. Ижевск, 2002. С. 5–7.
4. Афендулов С.А., Журавлёв Г.Ю. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью. М., 2008.
5. Курыгин А.А., Лебедев Н.Н., Багненко С.Ф., Курыгин Ал. А. Послеоперационные желудочно-кишечные язвы. СПб., 2004.
6. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1996.
7. Mates I.N., Peta D., Dini D. Roux-en-Y gastrojejunostomy indication, technique, results // Chirurgia. 2001. №96 (2). P. 159–168.
8. Авдеева М.М., Никитин Н.А., Прокопьев Е.С. Выбор способа операции при острых осложнениях пептических язв желудочно-кишечных анастомозов // Клиническая медицина. 2019. №2. С. 4–8.
9. Никитин Н.А., Коршунова Т.П., Прокопьев Е.С., Онучин М.А. Показания к выполнению и технические аспекты двустороннего отключения двенадцатиперстной кишки при первичных и реконструктивных операциях на желудке // Медицинский альманах. 2015. Т. 36, №1. С. 55–59.
10. Черноусов А., Хоробрых Т., Зубарева М. и др. Актуальные проблемы хирургического лечения постгастрорезекционных синдромов // Врач. 2019. №6. С. 3–9. doi: <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-06-01>.
11. Ручкин Д.В., Козлов В.А., Ниткин А.А. Еюногастропластика в реконструктивной хирургии оперированного желудка (обзор литературы) // Хирургическая практика. 2019. №1. С. 68–75. doi: <https://doi.org/10.17238/issn2223-2427.2019.1.68-75>.
12. Чайка А.В., Хомяков В.М., Рябов А.Б. Функциональные последствия операций по поводу злокачественных опухолей желудка: профилактика, диагностика и лечение пострезекционных нарушений // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018. №28 (3). С. 4–17.

#### Об авторах

Евгений Дмитриевич Любивый — д-р мед. наук, проф., главный врач, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Россия.

E-mail: [lubiviy@mail.ru](mailto:lubiviy@mail.ru)

Виктор Леонидович Ким — д-р мед. наук, проф., зам. главного врача по хирургии, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Россия.

E-mail: [viktrieokim@yandex.ru](mailto:viktrieokim@yandex.ru)

Игорь Викторович Людовских — зав. хирургическим отделением, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Россия.

E-mail: [lyudov@mail.ru](mailto:lyudov@mail.ru)

Алексей Валерьевич Евтихов — врач отделения хирургии, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Россия.

E-mail: [evtikhov\\_av@mail.ru](mailto:evtikhov_av@mail.ru)





### The authors

Prof. Evgeny D. Lyubivyy, MD professor, head of the State budgetary institution of health care of the Kaliningrad region, City Clinical Emergency Hospital, Russia.

E-mail: lubiviy@mail.ru

Prof. Viktor L. Kim, MD professor, State budgetary institution of health care of the Kaliningrad region, City Clinical Emergency Hospital, Deputy Chief Physician for Surgery, Kaliningrad, Russian Federation, Russia.

E-mail: viktrieokim@yandex.ru

92

Igor V. Lyudovskikh, MD, head of the surgical department, State budgetary institution of health care of the Kaliningrad region, City Clinical Emergency Hospital, Russian.

E-mail: lyudov@mail.ru

Alexey V. Evtikhov, medical doctor of the Department of Surgery, State Budgetary Healthcare Institution of the Kaliningrad Region, City Clinical Hospital of Emergency Medical Care, Russia.

E-mail: evtikhov\_av@mail.ru