



ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КАПИЛЛЯРНОГО ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО ЗОНДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С ГИГАНТСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Тимен Л.Я.¹, Стоногин С.В.²

¹ Городская клиническая больница № 20, Москва

² Тушинская детская городская больница. Москва

Тимен Леонид Яковлевич

E-mail: teemen@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Проведено успешное консервативное (стационарное, а затем амбулаторное) лечение больного с гигантской язвой желудка длительным применением (5 месяцев) в качестве базисной терапии капиллярного гастроинтестинального зонда.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; капиллярный гастроинтестинальный зонд

SUMMARY

Conducted a successful conservative (stationary, and then outpatient) treatment of a patient with a giant gastric ulcer long-term use (5 months) as a basic treatment of capillary gastrointestinal probe.

Keywords: gastric ulcer and duodenal ulcers; gastrointestinal capillary tube

Известно, что поддержка адекватного метаболизма, фундамента жизнеобеспечения у тяжелых больных, осуществляется с помощью парентерального и энтерального зондового питания (ЭЗП), обеспечивающего постоянство пристеночной гомеостатической среды в тонкой кишке согласно закону С. Bernard [1]. Впервые J. Hunter в 1790 г. выполнил кормление через зонд больного с инсультом. Широкое «использование зондового питания через двенадцатиперстную кишку» при различных заболеваниях связано с исследованиями N. Hennig и M. Einhorn. При этом M. Einhorn не смог объяснить факт стихания болей после зондового кормления пациента с раком кардии и уменьшение размеров желудка в случаях «крайней атонии» [2].

В процессе подготовки к операциям больных с компенсированным и субкомпенсированным язвенным пилородуоденальным стенозом (ЯПДС) с помощью ЭЗП через КГИЗ мы отметили

уменьшение либо купирование болевого синдрома, наступавшее сразу после постановки зонда либо в течение 1–2 суток. Ночные и «голодные» боли проходили до начала ЭЗП и медикаментозной терапии. При этом во время ЭЗП в большинстве наблюдений на 5–7-е сутки констатировано практически полное восстановление дренажной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, сокращение в 1,5–2 раза размеров язв и появление ранних признаков рубцевания. Оказалось, что клинический эффект был обусловлен главным образом нейрорефлекторным механизмом лечебного воздействия зонда [3, 4].

В качестве зонда был выбран капиллярный фторопластовый катетер длиной 1,5 м, с внутренним диаметром 2 мм и наружным 2,8 мм. Капиллярный гастроинтестинальный зонд (КГИЗ) устанавливали по методу Л.Я. Тимена (патент Российской Федерации № 2082326 от 27.06.97 г.) с формированием петель

в субкардиально-фундальном и антропилорическом отделах желудка для стабилизации положения зонда и увеличения площади его соприкосновения с водителями ритма желудка и тонкой кишки (рис. 1).

В случаях суб- и декомпенсированного ЯПДС дуоденальная либо дуоденоюнальная интубация производилась из просвета антропилорического отдела желудка, а идентификация положения зонда осуществлялась с помощью рентгенконтроля. Моторно-эвакуаторная функция (МЭФ) желудка, двенадцатиперстной и тощей кишки до и после постановки КГИЗ была изучена методом динамической гастродуоденоюноскintiграфии.

Все виды ЯПДС сопровождались выраженными нарушениями МЭФ желудочно-кишечного тракта. Для компенсированного стеноза была характерна порционная задержка радиофармпрепарата (РФП) в двенадцатиперстной кишке (рис. 2 на цветной вклейке). При субкомпенсированном стенозе отмечена длительная задержка РФП в желудке и двенадцатиперстной кишке при активной, но, как оказалось, непродуктивной перистальтике (рис. 3 на цветной вклейке). У пациентов с декомпенсированным стенозом кривая транзита РФП в желудке свидетельствовала о ретроперистальтике, т. е. обратном транзите, при хаотичных и бессистемных желудочных сокращениях. Кроме того, накопление РФП в проксимальном и дистальном желудке иллюстрировало их разобщенность (автономность) и торпидное состояние анатомических центров, регулирующих МЭФ желудочно-кишечного тракта (рис. 4 на цветной вклейке).

После пилородуоденальной интубации возникала на первый взгляд парадоксальная ситуация, когда при obturации зондом просвета пилоробульбарного

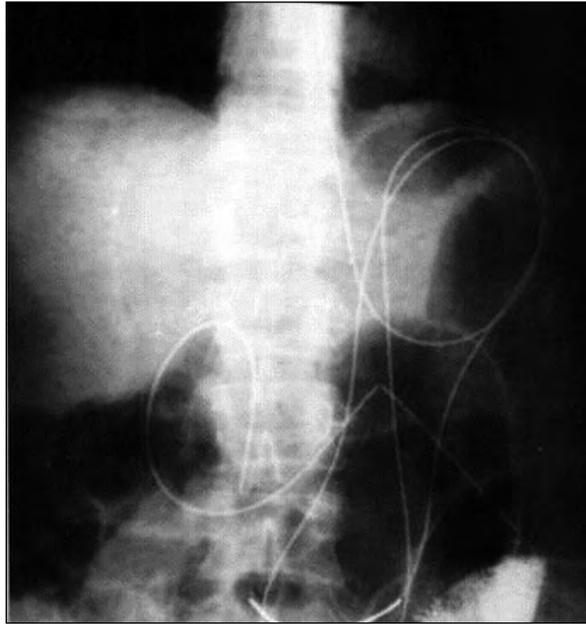


Рис. 1. Формирование петель капиллярного гастроинтестинального зонда

отдела во всех случаях компенсированного и субкомпенсированного стеноза и у 40% больных с декомпенсированным стенозом на 4–5-е сутки наблюдалось восстановление МЭФ и адекватного транзита через пилородуоденальный переход (рис. 5 на цветной вклейке, рис. 6, 7) в соответствии с законом капиллярного давления *Pierre-Simon de Laplace* [5].

При этом КЗ выполнял функцию связующей оси этапов моторно-эвакуаторного драйва: пищевод → проксимальный → дистальный желудок → тонкая кишка.



Рис. 6. Декомпенсированный язвенный пилородуоденальный стеноз



Рис. 7. Декомпенсированный язвенный пилородуоденальный стеноз. Капиллярный гастроинтестинальный зонд. Восстановление моторно-эвакуаторной функции

Купирование болевого синдрома происходило вследствие предполагаемого механизма реципрокного торможения. По нашему мнению, в результате постановки КЗ разрыв *порочного круга*, включающего язвенный дефект (субстрат боли), болевой синдром, нарушения моторно-эвакуаторной функции и микроциркуляции, приводил к высвобождению заблокированных репаративных процессов и восстановлению системы саморегуляции организма. Дестабилизация МЭФ и болевой синдром играют важную роль в патогенезе и течении ЯБ. Растяжение желудка при эвакуаторных нарушениях на фоне воспаления и ишемии вызывает раздражение ноцицепторов висцеральных болевых волокон [6]. Продолжительная гипермоторность желудка и двенадцатиперстной кишки провоцируют и поддерживают болевой синдром, т. к. фиксированный к слизистой оболочке мышечный слой и собственный мышечный слой постоянно растягивают края язвы, вызывая тем самым непрерывное раздражение ноцицепторов. В результате создаются условия, препятствующие заживлению гастродуоденальных язв и способствующие хронизации воспалительно-деструктивных изменений [7]. Известно, что болевые ощущения у подавляющего большинства пациентов являются клиническим индикатором течения ЯБ. С точки зрения представлений о боли как философской категории боль — это ощущение несвободы. Человек от рождения свободен! Поэтому возникновение боли противоречит сути высокоорганизованного социума и является сигналом для ее подавления. Восстановление пилородуоденального пассажа в лечении больных с осложненными формами ЯБ приобретает особое значение. Блокирование эвакуаторной функции желудка вызывает образование не только острых язв вследствие нарушений микроциркуляции (R. Virchow, 1849). Недренированный желудочно-кишечный такт становится ящиком Пандоры — «двигателем полиорганной недостаточности», т. к. нарастающая внутриорганный гипертензия и бактериальная контаминация сопровождаются транслокацией бактериальной флоры в кровоток, развитием абдоминального сепсиса, нозокомиальной пневмонии и других осложнений [8].

Абдоминальный болевой синдром и моторно-эвакуаторные нарушения, по нашему мнению, являются ключевыми факторами патогенеза ЯБ, поскольку после их устранения наступало рубцевание гастродуоденальных язв в среднестатистические сроки, в том числе на фоне гиперхлоргидрии и без применения общепринятой ацидкорректирующей терапии [3, 4].

Нейрорефлекторный механизм патогенетического воздействия зонда был использован нами и при

лечении длительно незаживающих и гигантских гастродуоденальных язв у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском; в подобных ситуациях КГИЗ оставляли после выписки больных из стационара на протяжении 1–4 месяцев амбулаторного лечения [9].

НАБЛЮДЕНИЕ

Больной С., 67 лет, доставлен в стационар с жалобами на сильные боли в животе, рвоту с примесью алой и темной крови. 1 год и 8 месяцев назад при амбулаторном обследовании в онкодиспансере и поликлинике соответственно обнаружены периферический рак нижней доли левого легкого и язва тела желудка. От оперативного лечения, лучевой и химиотерапии пациент отказался. По поводу язвы желудка лечения не получал. При ЭГДС обнаружена хроническая гигантская язва 5,0 см с локализацией: угол — нижняя треть тела желудка и объемной перифокальной инфильтрацией, продолжающимся кровотечением (F1b), признаками пенетрации (рис. 8 на цветной вклейке и 9) и нарушениями МЭФ (в просвете желудка ≈1,5 л застойного содержимого). Выполнен экстренный эндоскопический гемостаз — криовоздействие хлорэтилом. Биопсия: признаки хронической язвы. Томограммы и рентгенограммы легких: периферический рак нижней доли левого легкого (рис. 10). В связи с продолжающимся болевым синдромом на фоне общепринятой противоязвенной терапии через сутки установлен КГИЗ и начато ЭЗП. Спустя 5 суток боли прекратились. Пациент переведен на паразондовое питание *per os* с сохранением зонда для транзитной поддержки химуса. В течение 10 суток в составе комплексной терапии проводилось программированное эндоскопическое лечение 5%-ными растворами глюкозы и аскорбиновой кислоты; орошение хлорэтилом. Отмечена положительная динамика — отсутствие болей, восстановление МЭФ, приподнимание белеватого дна язвенного дефекта. От оперативного лечения больной отказался и через 1,5 месяца был выписан под наблюдение хирурга и онколога с рекомендацией паразондового питания, продолжения противоязвенной терапии и ежемесячного эндоскопического контроля. Однако амбулаторное лечение не проводилось из-за отказа пациента. В процессе эндоскопического наблюдения 3 раза выполнялась перестановка зонда в связи с выпадением аборального конца в желудок и возобновлением при этом тупых болей. Спустя 3,5 месяца достигнуто рубцевание гигантской язвы желудка (рис. 11). Через 5 лет больной умер от прогрессирующего рака легких. По словам родственников пациента, обострений ЯБ не было.



Рис. 9. Рентгенограмма желудка. Гигантская пенетрирующая язва зоны угла желудка

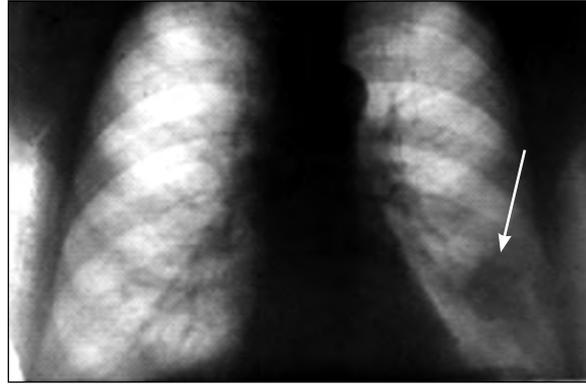


Рис. 10. Рентгенограмма легких. Периферический рак нижней доли левого легкого

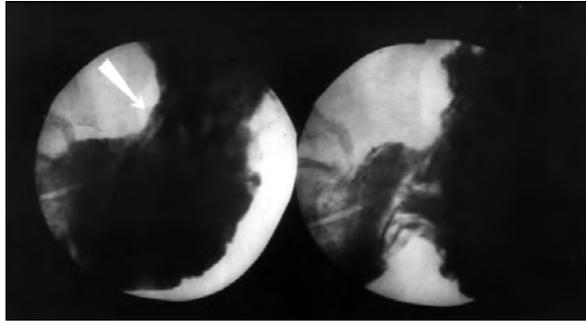


Рис. 11. Постязвенные рубцовые изменения угла желудка

ЛИТЕРАТУРА

1. Bernard, C.I. Balliere Lecons de Physiologie Experimentale / C.I. Bernard. — Paris, 1859.
2. Einhorn, M. Lectures on Dietetics / M. Einhorn. — Philadelphia; London, 1922.
3. Стоногин, С.В. Капиллярный лечебный зонд в предоперационной подготовке больных с пилородуоденальным язвенным стенозом: дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999.
4. Тимен, Л.Я. Капиллярный гастроинтестинальный зонд в клико-эндоскопической практике. Патогенетические механизмы лечебного воздействия при моторно-эвакуаторных нарушениях и абдоминальном болевом синдроме / Л.Я. Тимен, С.В. Стоногин, А.Г. Шерцингер, С.Б. Жигалова и др. // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2008. — № 1. — С. 31–42.
5. Шукин, Е.Д. Коллоидная химия / Е.Д. Шукин, А.В. Перцов, Е.А. Амелина; 4-е изд. — М.: Высшая школа, 2006.
6. Henderson, J.M. Gastrointestinal Pathophysiology / J.M. Henderson. — Philadelphia—New York, 1996.
7. Аруин, Л.И. Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций / Л.И. Аруин. — М.: Медицина, 1987. — С. 235–249.
8. Meakins, J.L. The gastrointestinal tract: the motor of multiple organ failure / J.L. Meakins, J.C. Marshall // Arch. surg. — 1996. — Vol. 121. — P. 197–201
9. Тимен, Л.Я. Эндоскопическая метаболическая реабилитация при кровотечениях из гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки / Л.Я. Тимен, А.Г. Шерцингер, Т.П. Сидоренко и др. // XI Межд. конгресс по эндоск. хир. Москва. 18–20 апреля 2007. Сб. тезисов. — М., 2007. — С. 395–397.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ

ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КАПИЛЛЯРНОГО ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО ЗОНДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С ГИГАНТСКОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА. Клинический случай

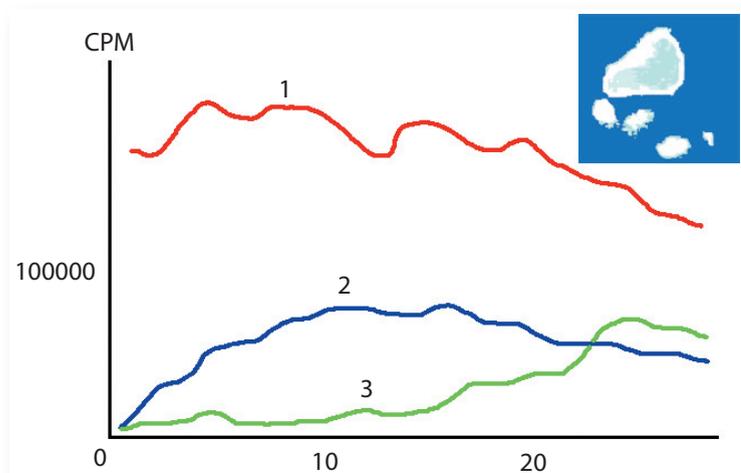


Рис. 2. Компенсированный пилородуоденальный стеноз. Моторно-эвакуаторная функция желудка (1), двенадцатиперстной (2) и тощей (3) кишки

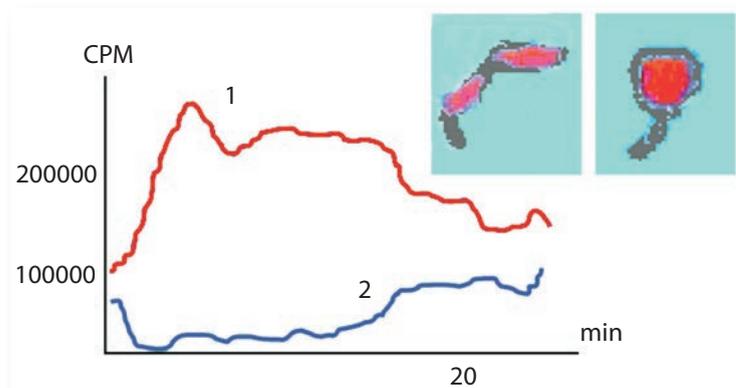


Рис. 3. Субкомпенсированный пилородуоденальный стеноз. Моторно-эвакуаторная функция желудка (1) и двенадцатиперстной кишки (2)

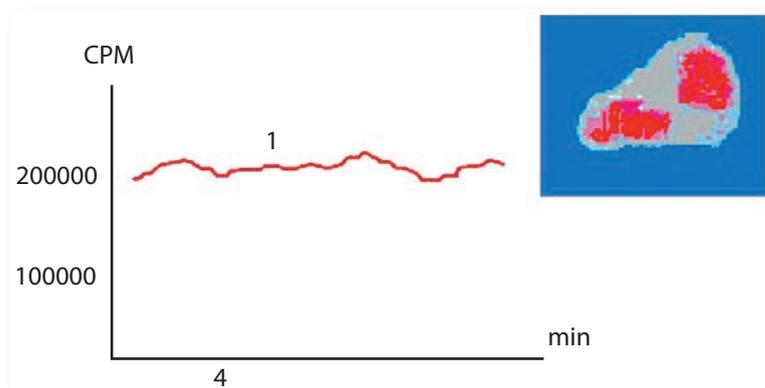


Рис. 4. Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз. Моторно-эвакуаторная функция желудка (1)

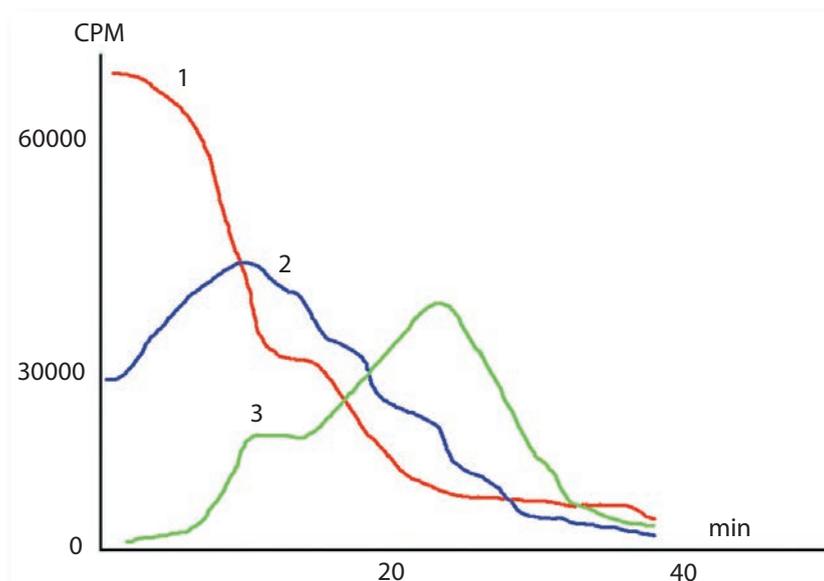


Рис. 5. Моторно-эвакуаторная функция желудка (1), двенадцатиперстной (2) и тощей (3) кишки при различных формах пилородуоденального стеноза на фоне постановки капиллярного гастроинтестинального зонда



Рис. 8. Гигантская язва желудка в зоне: угол — нижняя треть тела желудка с признаками пенетрации и продолжающегося кровотечения