



КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

Тимен Л. Я.¹, Шерцингер А. Г.², Жигалова С. Б.², Трубицына И. Е.³, Чикунова Б. З.³, Манукьян В. Г.²

¹ Городская клиническая больница № 20, Москва

² Российский научный центр хирургии имени акад. Б. В. Петровского РАМН, Москва

³ ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Леонид Яковлевич Тимен

105215, Москва, Сиреневый бульвар, д. 41, кв. 3

Тел.: 8 (910) 429 8755, 8 (499) 965 4250, 471 3362

E-mail: teemen@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Представлено клиническое наблюдение успешного консервативного лечения больного с гигантской язвой желудка с использованием в процессе выполнения эндоскопического метаболического гомеостаза 5%-ных растворов глюкозы и аскорбиновой кислоты, а также pH-хромоскопии и капиллярного гастроинтестинального зонда.

Ключевые слова: эндоскопический метаболический гомеостаз; глюкоза; аскорбиновая кислота; pH-хромоскопия; капиллярный гастроинтестинальный зонд.

SUMMARY

Clinical supervision of successful conservative treatment of the patient with a huge stomach ulcer with use in the course of performance endoscopic a metabolic homeostasis of solutions of glucose and ascorbic acid of 5%, and also pH-chromoscopy and capillary gastrointestinal a tube is presented.

Keywords: endoscopic a metabolic homeostasis; glucose; ascorbic acid; pH-chromoscopy; capillary gastrointestinal a tube.

Гигантскими гастродуоденальными язвами (ГГДЯ) считают дефекты диаметром, превышающим соответственно 3 и 2 см. Клиническое течение подобных язв часто приобретает осложненный характер (кровотечение, обструкция, пенетрация и перфорация), вызывает необходимость экстренных операций (65%) и сопровождается высокой общей (10–14%) и послеоперационной (6–35%) летальностью [1; 2]. Рекомендованное консервативное лечение заключается в устранении причин язвообразования, а также проведении общепринятой противоязвенной терапии в сочетании с отменой НПВП и супрессией кислотного фактора [3; 4]. С нашей точки зрения, подобные рекомендации недостаточны из-за существенных отличий в этиологии, патогенезе, характере и тяжести клинического течения язвенного процесса у различных категорий больных. Собственный опыт лечения ГГДЯ свидетельствует об успешной реабилитации

пациентов в основном при симптоматических язвах с использованием общей и местной метаболической коррекции при лечебной эндоскопии [5].

Наблюдение: больной С., 55 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в животе последние 2 месяца и клиникой желудочно-кишечного кровотечения (Hb — 69,0 г/л, среднее содержание гемоглобина в эритроците — 21,8, Ht — 0,21, эритроциты — 3,1, тромбоциты — 421,0, СОЭ — 55 мм/час, BE — 4,3. По поводу головных болей в течение двух месяцев принимал кетонал 100 мг × 4–5 раз в сутки.

ЭГДС: пищевод с признаками псевдомембранозного эзофагита (рис. 1 см. на цветной вклейке) на фоне гастроэзофагеального рефлюкса. В просвете желудка — значительное количество застойного содержимого, смешанного с желчью. В средней трети тела желудка по малой кривизне обнаружена глубокая гигантская (до 6,0 см) язва с наличием ступок темной

крови в кратере и алой крови по краям дефекта (рис. 2 см. на цветной вклейке). В антропилорическом отделе на передней стенке — глубокий язвенный дефект (до 1,5 см) без признаков кровотечения (рис. 3 см. на цветной вклейке). В связи с язвенным кровотечением F1b, 2b произведен экстренный эндоскопический комбинированный гемостаз с целью не только остановки, но и профилактики рецидива кровотечения (превентивный метаболический гемо- и гомеостаз) по собственному методу [6]: аминокaproновая кислота 5%-ная — 100,0, глюкоза 20%-ная — 100,0, глюкоза 5%-ная — 80,0 + витамин B₁₂ 5%-ый — 4,0, аскорбиновая кислота 5%-ная — 20,0. После окончания гемостаза установлен капиллярный назоеюнальный лечебный зонд (рис. 4, 5 см. на цветной вклейке) с формированием петель, расположенных в своде и антропилорическом отделах желудка, то есть в зонах локализации пейсмейкеров желудка и двенадцатиперстной кишки [6], и назначено энтеральное зондовое питание. Метаболическая коррекция с применением растворов глюкозы и аскорбиновой кислоты проводилась первую неделю 3 раза, а затем 2 раза в неделю. Поскольку при рН-хромоскопии, выполненной красками-индикаторами метаниловым желтым и бромтимоловым синим, была выявлена гипохлоридрия (рис. 6 см. на цветной вклейке), ацидкорректоры не назначались, а проводимая терапия была направлена на лечение анемии, энергетической недостаточности и инициацию репаративной активности. Состояние метаболического статуса оценивалось согласно концепции R. G. Fiddian-Green [6]. Через сутки боли прекратились. На 10-е сутки при ЭГДС отмечено восстановление моторно-эвакуаторной функции, и пациент переведен на паразондовое питание *per os* с сохранением капиллярного зонда, оставленного для транзитной поддержки химуса. Перед проведением прицельной биопсии выполнена хромоскопия с 0,2%-ным раствором метиленового синего (рис. 7 см. на цветной вклейке). При этом визуальных признаков метаплазии не выявлено, а биоптаты взяты из участков язвы с более интенсивным прокрашиванием. Результат гистологического исследования: хроническое активное воспаление, атрофия желез. Метаболическая коррекция (рис. 8, 9 см. на цветной вклейке) осуществлялась путем подслизисто-мышечной инфильтрации ингредиентов в язвенный субстрат, а также отступая от него проксимально до 3–4 см. Через четыре недели на фоне выража желудочной секреции (гипо-гиперхлоридрия) с декомпенсацией кислотонейтрализации (рис. 10 см. на цветной вклейке) достигнуты начальная фаза

рубцевания гигантской (рис. 9 см. на цветной вклейке) и заживление антропилорической язвы желудка (рис. 11 см. на цветной вклейке). Капиллярный зонд удален. Назначены антациды и H₂-блокаторы. В связи с положительной динамикой и отказом от операции спустя 1,5 месяца после поступления пациент выписан для дальнейшего амбулаторного лечения с рекомендацией ежемесячного эндоскопического контроля и приема аскорбиновой кислоты 2,5 г в сутки. Через 7,5 месяца при ЭГДС зафиксирован постязвенный рубец с хорошим качеством заживления (рис. 12, 13 см. на цветной вклейке).

ОБСУЖДЕНИЕ

С нашей точки зрения, успешная реабилитация пациента с длительно незаживающей ГГДЯ была достигнута в результате применения патогенетического лечения, направленного на восстановление общего и местного гомеостаза. Особенность местной метаболической коррекции состояла в формировании инфильтрационных депо (биологических резервуаров) 5%-ными растворами глюкозы и аскорбиновой кислоты не только в краях язвы, но и в непосредственной близости от субстрата (рис. 8 см. на цветной вклейке) в соответствии с законом К. Бернара о необходимости «подпитки» гомеостатической среды для сохранения ее постоянства. Высокий репаративный эффект указанных препаратов доказан при экспериментальной проверке в ЦНИИ гастроэнтерологии и в клинко-эндоскопической практике [6]. Исследование секреторной функции желудка методом пристеночной рН-хромоскопии с индикацией рН в четырех диапазонах (гипер-, нормо-, гипо- и ахлоридрия) позволило осуществить дифференцированный подход к назначению антисекреторной терапии и использовать рН-тест в качестве маркера жизнеобеспечения, то есть косвенно судить о качестве регионарного кровотока, состоянии секреторного аппарата желудка и степени гиповолемии. Купирование болевого синдрома, коррекция моторно-эвакуаторных и метаболических нарушений, детоксикация стали возможны благодаря использованию капиллярного зонда с нейрорефлекторным и нутритивным механизмами лечебного воздействия [5; 6].



ЛИТЕРАТУРА

1. Репин В. Н., Костылев Л. М., Гудков О. С. и др. Хирургическая тактика и результаты лечения гигантских гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением // Вестник СПбУ. — 2009. — Сер. 11, Вып. 2. — С. 94–99.
2. Yü M. K., Hunt P. S. Bleeding giant gastric ulcer // Aust. N. Z. Surg. — 1996. — Vol. 66. — P. 540–542.
3. Калинин А. В., Логинов А. Ф. Симптоматические гастродуоденальные язвы // Фарматека. — 2010. — Т. 196, № 2. — С. 38–45.

4. Simeone D. M., Hassan A., Scheiman J. M. Giant peptic ulcer: a surgical or medical disease? // Surgery. — 1999. — Vol. 126, № 3. — P. 474–478.
5. Тимен Л. Я., Шерцингер А. Г., Сидоренко Т. П. и др. Эндоскопическая метаболическая реабилитация при кровотечениях из гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки // XI Моск. межд. конгресс по эндоск. хирургии, 18–20 апреля 2007. — С. 396–397.
6. Тимен Л. Я., Трубицына И. Е., Чукунова Б. З. и др. Геморрагический шок. Особенности эндоскопического гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Medical consultation. — 2003. — Т. 39, № 2. — С. 3–19.