

Рецидивирующие кровотечения из дуоденальных язв, как осложнение гастроэнтеростомии

Е.Г. Солоницын, А.А. Санникова

ФГБУ Северо-Западный Федеральный Государственный Исследовательский центр имени В.А. Алмазова МЗ РФ

Recurrent bleeding from duodenal ulcers as a complication of gastroenterostomy

E. Solonitsin, A. Sannikova

Представленная клиническая презентация демонстрирует одно из серьезных осложнений эндоскопической гастроэнтеростомии: любое инородное тело, расположенное в желудочно-кишечном тракте, включая зонд, потенциально способно вызывать эрозивные и язвенные поражения, которые в свою очередь могут осложняться кровотечением.

Пациентка, 1996 года рождения наблюдалась в ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова с 2014 года после установления диагноза системная красная волчанка. На момент госпитализации диагноз основного заболевания следующий: серопозитивный ревматоидный артрит, развернутая стадия, неэрозивный. Системная красная волчанка, хроническое течение с поражением серозных оболочек (перикардит в анамнезе), ЦНС (поперечный миелит в анамнезе), суставов (артралгии), иммунологическим синдромом (АНФ, АТ к дв. ДНК), активность 1 (SLEDAI 2). Сепсис в послеоперационном периоде, септический шок от 22.09.2015. Вторичная коагулопатия, геморрагический шок от 22.09.2015. Тромбоэмболия ветвей ЛА (23.09.2015). Клиническая смерть (23.09.2015). Постгипоксическая энцефалопатия со значительным снижением интеллектуально-мнестических функций ГМ. Сохраняющаяся эпилептиформная активность. Трахеостома. Эпицистостома (01.03.2016).

Пациентка находилась в стабильно тяжелом состоянии в отделении реанимации и интенсивной терапии. Наблюдались явления дисфагии центрального генеза, гастростаза, сопровождающиеся частыми рвотами после приема пищи, в связи с чем 25.05.2016 был установлен назогастральный зонд, а 01.07.2016 выполнена эндоскопическая чрезкожная гастростомия. Вмешательство прошло без осложнений. Однако, явления гастростаза не позволяли адекватно кормить пациентку, в связи с чем 06.07.2016 через гастростому в тонкую кишку был заведен интестинальный зонд, для чего был использован пластиковый желудочный зонд диаметром 16 Fr (рис. 1). В течение ближайшего времени пациентка получала адекватное питание, было отмечено удовлетворительное нарастание массы тела, прекратились рвоты.

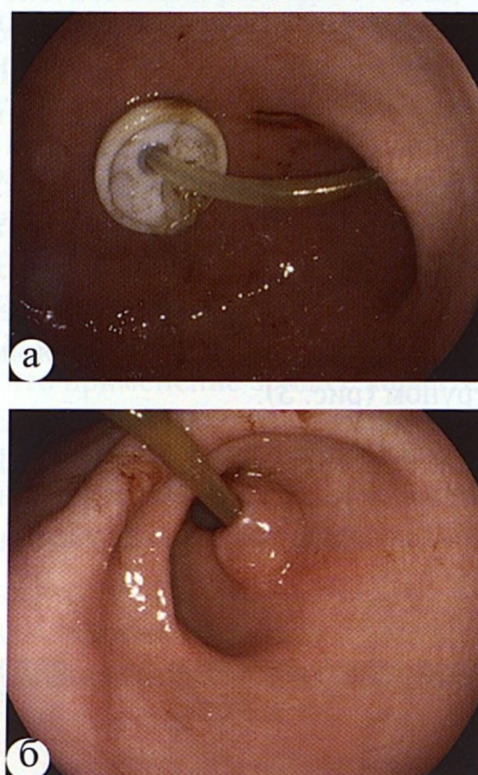


Рис. 1. Эндоскопическая фотография гастростомической трубки, через которую проведен зонд в тонкую кишку (а, б)

Через 3 недели после заведения интестинального зонда у пациентки развилась клиника желудочно-кишечного кровотечения. Определялось поступление алой крови по интестинальному зонду, мелена, гипотония. В клиническом анализе крови выявлено снижение гемоглобина на 38 г/л (с 102 г/л до 64 г/л). Была вызвана дежурная эндоскопическая бригада.

Во время гастроскопии желудок обычной формы, с небольшим количеством прозрачного содержимого. Стенка эластичная, складки хорошо расправляются при инсуффляции воздуха. Слизистая оболочка бледно-розовая, гладкая, блестящая, с единичными геморрагическими эрозиями. На передней стенке в н/3 тела определяется дистальный (широкий) конец гастростомической трубки. Трубка плотно прилежит к слизистой оболочке, признаков воспаления, кровотечения в данной зоне нет. Через гастростомическую трубку в желудок проходит интестинальный зонд, который заходит через привратник в залуковичный отдел двенадцатиперстной кишки.

надцатиперстной кишки и далее за дуодено-еюнальный переход. Привратник округлой формы, симметричный, смыкается. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы, стенка эластичная, слизистая оболочка розовая, бархатистая. В залуковичном отделе определяется значительное количество алой и измененной крови. В верхней горизонтальной части определяется язвенный дефект округлой формы, до 5 мм под фибрином, без признаков кровотечения. В нисходящей части, на латеральной стенке определяется фиксированный сгусток, из-под которого активно поступает алая кровь. После эвакуации сгустка, определяются два язвенных дефекта, округлой формы, 5–7 мм, из дна которых отмечено подтекание крови (рис. 2). Язвенные дефекты инъецированы 10 мл 0,01 % раствора адреналина. Интенсивность кровотечения значительно снизилась. Дистальный язвенный дефект клипирован двумя гемоклипсами. Проксимальный язвенный дефект коагулирован аргонной плазмой. При контрольном осмотре поступления свежей крови нет. Дистальный язвенный дефект надежно клипирован, проксимальный под свежим коагуляционным струпом (рис. 3).

Несмотря на проводимую адекватную консервативную противоязвенную и гемостатическую терапию, на следующий день рецидивировало желудочно-кишечное

кровотечение. Определялось поступление крови по интестинальному зонду, мелена. Во время гастроскопии выявили поступление алой крови из проксимального язвенного дефекта в нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Кроме того, была выявлена острая язва в нижней трети тела желудка по большой кривизне, размером около 7 мм, без признаков кровотечения. Язва в верхней горизонтальной части была под фибрином, без признаков кровотечения. В дне дистального язвенного дефекта в нисходящей части двенадцатиперстной кишки определялись фиксированные клипсы, без признаков рецидива кровотечения.

Было выполнено клипирование язвенного дефекта нисходящей части двенадцатиперстной кишки. На момент окончания осмотра эндоскопические признаки продолжающегося кровотечения отсутствовали.

Рецидив кровотечения диагностирован ночью 10.08.2016 г. из острой язвы залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки (инъекционный гемостаз, аргонноплазменная коагуляция). Через 12 часов отмечен эпизод кровотечения из язвы желудка, которая была успешно клипирована.

Учитывая настойчиво-рецидивирующий характер желудочно-кишечных кровотечений, значимое снижение гемоглобина, образование новых язвенных

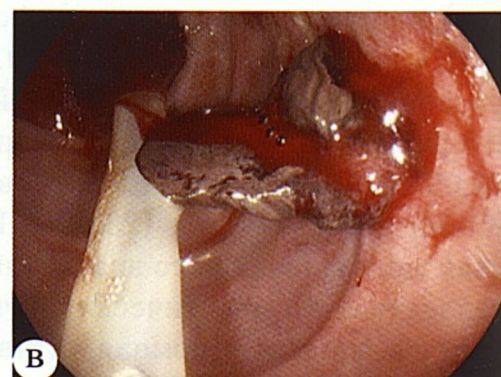
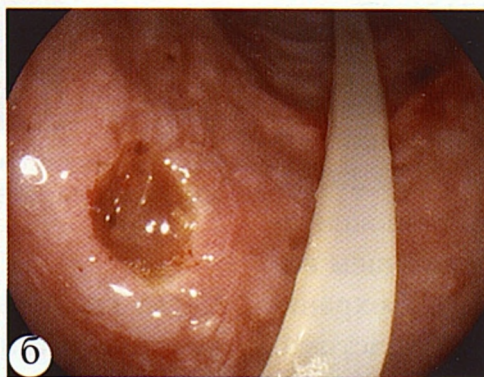
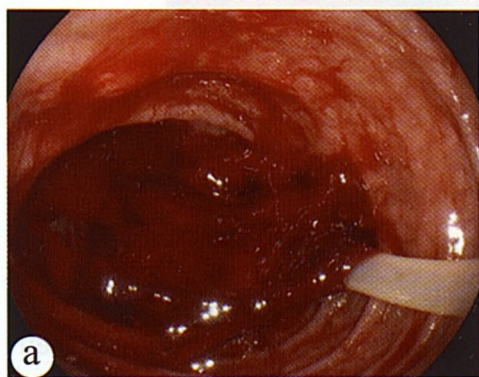


Рис. 2. Кровотечение из острых язв двенадцатиперстной кишки (а – свежая и измененная кровь в просвете нисходящей части двенадцатиперстной кишки; б – язва верхней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки без признаков кровотечения; в – язва нисходящей части двенадцатиперстной кишки, прикрытая сгустком, из-под которого подтекает кровь)

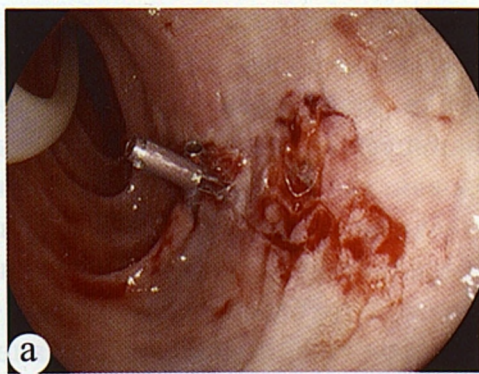


Рис. 3. Эндоскопический гемостаз язв двенадцатиперстной кишки (а – дистальная язва клипирована гемоклипсами; б – проксимальный язвенный дефект коагулирован аргонной плазмой)

дефектов на фоне противоязвенной терапии, было принято решение об удалении интестинального зонда. 10.08.2016 интестинальный зонд был удален, продолжена противоязвенная и гемостатическая терапия.

После удаления зонда эпизоды кровотечений не повторялись, уровень гемоглобина стабилизировался на уровне 105–110 г/л. При контрольной гастроскопии 23.08.2016 отмечается рубцевание язвенных дефектов, в двенадцатиперстной кишке определяются фиксированные гемостатические клипсы (рис. 4). Учитывая необходимость адекватного энтерального питания, 26.08.2016 в тонкую кишку, через гастростому был заведен силиконовый мягкий зонд для эн-



Рис. 4. Контрольная гастроскопия, через 13 дней после удаления интестинального зонда (определяются постязвенные рубцы, с фиксированными гемоклипсами)

терального питания. С момента установки силиконового зонда новых эпизодов кровотечения отмечено не было, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки не рецидивировали.

ВЫВОДЫ

Вероятность развития данных осложнений зависит от времени нахождения инородного тела в просвете ЖКТ, его физических свойств, в том числе плотности, эластичности, химических характеристик. Важным фактором влияющим на риск развития осложнений является тяжесть состояния пациента, так у пациентов с неврологическими расстройствами, тяжелой соматической патологией дефекты слизистой оболочки ЖКТ развиваются чаще, чем у пациентов без тяжелой патологии.

Таким образом, причиной развития острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки, в нашем наблюдении, стало длительное нахождение интестинального зонда в тонкой кишке. Лишь замена зонда позволила остановить патологический процесс. Так же важно отметить, что применение зонда с характеристиками, учитывающими особенности нахождения в тонкой кишке, привело к стабилизации состояния больной.

КОНТАКТЫ

Е.Г. Солоницын – ФГБУ «СЗФМИЦ

им. В.А. Алмазова

197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2