

# Случай длительного этапного лечения пациента, страдающего пептической язвой гастродуоденальной зоны. Клиническое наблюдение

Д.Ю. Семенов<sup>1</sup>, Е.С. Дид-Зурабова<sup>2</sup>, З.Х. Османов<sup>2</sup>, П.А. Панкова<sup>2</sup>, Д.В. Куликов<sup>2</sup>, Е.В. Полевая<sup>✉2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

## Аннотация

В настоящее время разработан единый подход к лечению язвенной болезни верхних отделов желудочно-кишечного тракта, основанный на знаниях патогенеза заболевания. Однако у ряда пациентов стандартные методы консервативного и оперативного лечения не приносят положительных результатов. Причиной может служить невозможность установления истинного этиологического фактора данной патологии. Необходимо помнить, что пациенты с рефрактерным язвенным поражением гастродуоденальной зоны не являются однородной группой и требуют дифференцированного подхода к диагностике и лечению. В статье описывается клинический случай успешного этапного лечения осложненного язвенного поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, резистентного к разным методам консервативного и хирургического лечения.

**Ключевые слова:** гастродуоденальная зона, пептическая язва, резистентное течение, гастрин, этапное лечение, хирургическое лечение

**Для цитирования:** Семенов Д.Ю., Дид-Зурабова Е.С., Османов З.Х., Панкова П.А., Куликов Д.В., Полевая Е.В. Случай длительного этапного лечения пациента, страдающего пептической язвой гастродуоденальной зоны. Клиническое наблюдение. *Consilium Medicum*. 2021; 23 (5): 444–447. DOI: 10.26442/20751753.2021.5.200871

## CASE REPORT

# A case of long-term staged treatment of a patient suffering from a peptic ulcer of the gastroduodenal zone. Case report

Dmitry Yu. Semenov<sup>1</sup>, Elena S. Did-Zurabova<sup>2</sup>, Zeynur Kh. Osmanov<sup>2</sup>, Polina A. Pankova<sup>2</sup>, Dmitry V. Kulikov<sup>2</sup>, Elizaveta V. Polevaya<sup>✉2</sup>

<sup>1</sup>Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia;

<sup>2</sup>Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia

## Abstract

Currently, a unified approach to the treatment of peptic ulcer of the upper gastrointestinal tract has been developed, based on knowledge of the pathogenesis of the disease. However, standard methods of conservative and surgical treatment do not bring positive results to a number of patients. The reason may lie in the impossibility of establishing the true etiological factor of this pathology. It must be remembered that patients with of the gastroduodenal zone are not a homogeneous group and require a differentiated approach to diagnosis and treatment. The article describes a clinical case of successful of complicated ulcerative lesions of the gastric and duodenal mucosa, resistant to various methods of conservative and surgical treatment.

**Keywords:** gastroduodenal zone, peptic ulcer, resistant course, gastrin, staged treatment, surgical treatment

**For citation:** Semenov DYU, Did-Zurabova ES, Osmanov ZKh, Pankova PA, Kulikov DV, Polevaya EV. A case of long-term staged treatment of a patient suffering from a peptic ulcer of the gastroduodenal zone. Case report. *Consilium Medicum*. 2021; 23 (5): 444–447. DOI: 10.26442/20751753.2021.5.200871

## Введение

В настоящее время проблема лечения язвенных поражений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны в значительной мере решена. Разработан строгий и еди-

ный подход к лечению, основанный на знаниях патогенеза заболевания, который включает антисекреторную и эрадикационную терапию [1–4]. Это позволило значительно улучшить результаты лечения, полностью

## Информация об авторах / Information about the authors

<sup>✉</sup>Полевая Elizaveta Владимировна – врач-хирург, ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: Polyovkiny@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6036-2244

Семенов Дмитрий Юрьевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. общей хирургии ФГБОУ ВО СПбГУ. E-mail: semenov\_du@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2207-3414; SPIN-код: 2839-7241; Author ID: 680822

Дид-Зурабова Елена Сергеевна – канд. мед. наук, ассистент каф. общей хирургии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: didelena@mail.ru; ORCID: 0000-0002-0670-2682; SPIN-код: 4095-8759; Author ID: 311960

Османов Зейнур Худдусович – канд. мед. наук, доц. каф. общей хирургии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: zhosmanov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9671-0394; SPIN-код: 3011-7808; Author ID: 401751

<sup>✉</sup>Elizaveta V. Polevaya – surgeon, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: Polyovkiny@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6036-2244

Dmitry Yu. Semenov – D. Sci. (Med.), Prof., Saint Petersburg State University. E-mail: semenov\_du@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2207-3414; SPIN code: 2839-7241; Author ID: 680822

Elena S. Did-Zurabova – Cand. Sci. (Med.), Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: didelena@mail.ru; ORCID: 0000-0002-0670-2682; SPIN code: 4095-8759; Author ID: 311960

Zeynur Kh. Osmanov – Cand. Sci. (Med.), Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: zhosmanov@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9671-0394; SPIN code: 3011-7808; Author ID: 401751

снять вопрос об операциях при неосложненных формах заболевания. Все известные методики лечения язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта, как терапевтические, так и хирургические, которые несмотря ни на что остаются в арсенале врачей, основаны на знаниях патогенетических факторов [2–5]. В то же время признан факт громадного полиморфизма данной патологии, выделены группы заболеваний и синдромов, сопровождающихся развитием язвенных поражений гастродуоденальной зоны [6–8]. К ним относятся стрессорные, ишемические, медикаментозные, эндокринные язвы [4, 5, 9–11]. Не всегда удается с полной уверенностью установить истинный этиологический фактор язвообразования. Это явилось причиной того, что в настоящее время все реже трактуют ситуацию как «язвенную болезнь», а чаще говорят о язвенных поражениях слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. По-видимому, именно эта полиэтиологичность является основной причиной неудачных результатов консервативного и оперативного лечения ряда пациентов [1, 4, 9].

Мы хотим поделиться опытом длительного и сложного лечения пациента, имеющего осложненное язвенное поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) и в течение длительного времени подвергшегося разным методам лечения заболевания.

### Клинический случай

С 2005 г. в клинике общей хирургии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России наблюдается пациент К. Из анамнеза известно, что с возраста 19–20 лет мужчина отмечал достаточно частые боли в эпигастриальной области, возникающие преимущественно натощак. Несколько раз были эпизоды слабости, сопровождающиеся появлением черного стула. К врачам за помощью не обращался. Впервые язва ДПК обнаружена в 1997 г. (в возрасте 49 лет) на фоне кровотечения, которое остановлено консервативными мероприятиями. В дальнейшем постоянно получал адекватное лекарственное лечение, характер которого зависел от времени и этапов развития представлений о патогенезе заболевания, а также уровня развития фармакологии.

В 2003 г., когда пациенту было 55 лет, произошла перфорация язвы. Произведено ушивание язвы, назначена противоязвенная терапия. Однако, несмотря на получаемую терапию, в 2005 г. пациент вновь госпитализирован в городской стационар с повторной перфорацией язвы пилородуоденальной зоны. При интраоперационной ревизии выявлено, что перфорация произошла на фоне стеноза ДПК, что сделало невозможным безопасное ушивание язвы. Выполнена резекция желудка по Гофмейстеру–Финстереру. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 2–3 мес после операции вновь возникли «голодные» боли в эпигастриальной области, а потом и кровотечения. После одного из очередных кровотечений из язвы гастроэнтероанастомоза, остановленного консервативными мероприятиями, классифицируемого эндоскопически как Forrest 2, пациент переведен в клинику общей хирургии ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова».

В стационаре при фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) выявлено, что культи желудка стандартных размеров, со-

Рис. 1. Очаговое тканевое образование головки ПЖ.



ответствует резекции 2/3 тела, в области гастроэнтероанастомоза визуализирована язва диаметром около 1,5 см, под фибрином, анастомоз проходим, выраженного рефлюкса содержимого из приводящей петли нет. Хелпил-тест положительный. При рентгенологическом исследовании – культи желудка своевременная. Признаков демпинг-синдрома, синдрома приводящей петли нет. Язвенная ниша отчетливо не определяется. К моменту поступления в клинику больной уже получал противоязвенную терапию в полном объеме, включающую антисекреторные препараты и эрадикацию хеликобактерной инфекции. Лечение было продолжено. При исследовании желудочной секреции выявлена сохраненная кислотопродукция – на фоне приема блокаторов протонной помпы рН в культе желудка 1,2, что в резецированном желудке трактуется как гиперацидное состояние. Уровень паратгормона в пределах референсных значений. Данных в пользу стеноза чревного ствола нет. Гастрин плазмы крови 99 пг/мл (норма 13–115 пг/мл). Следует отметить, что формально такой уровень гастрина крови укладывается в нормальные значения. Однако после резекции 2/3 желудка, что подразумевает удаление гастринпродуцирующей зоны, уровень гастрина должен стремиться к нулю. Таким образом, можно было говорить о как минимум сохраненной секреции гастрина. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) брюшной полости в головке поджелудочной железы (ПЖ) определяется очаговое тканевое образование диаметром 1,0 см (рис. 1). Произведена чрескожная тонкоигольная биопсия образования под УЗИ-контролем. По результату цитологического исследования – картина соответствует нейроэндокринной опухоли. Таким образом, пациент был полностью обследован в рамках имеющихся на тот момент технических возможностей.

Клиническая картина, очаговое образование головки ПЖ, цитологическая картина нейроэндокринной опухоли, сохраненный уровень гастрина плазмы крови, несмотря на резекцию 2/3 желудка в анамнезе, позволили предположить наличие гастриномы головки ПЖ и предложить пациенту оперативное лечение.

**Панкова Полина Александровна** – канд. мед. наук, ассистент каф. общей хирургии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: polpankova@gmail.com; ORCID: 0000-0002-6909-1858; SPIN-код: 7742-6501; Author ID: 680791

**Куликов Дмитрий Викторович** – врач-хирург отделения хирургии №3 НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: fomka123.91@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4126-2886; SPIN-код: 5887-3250; Author ID: 1009763

**Polina A. Pankova** – Cand. Sci. (Med.), Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: polpankova@gmail.com; ORCID: 0000-0002-6909-1858; SPIN code: 7742-6501; Author ID: 680791

**Dmitry V. Kulikov** – surgeon, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: fomka123.91@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4126-2886; SPIN code: 5887-3250; Author ID: 1009763

Операция проходила со значительными техническими трудностями, связанными с выраженным рубцово-спаечным процессом, возникшим после многократных операций в данной зоне. При мануальном исследовании образование в головке ПЖ отчетливо определить не удалось. Выполнено интраоперационное УЗИ, при котором подтвержден дооперационный диагноз. Однако локализация образования по задней поверхности железы в непосредственном контакте с верхней брыжеечной веной не позволила его изолированно вылущить из ткани железы. В зоне задней стенки гастроэнтероанастомоза отмечался выраженный рубцовый процесс (именно в этом месте при дальнейшей ревизии удаленного препарата выявлена глубокая язва диаметром около 1 см). Принято решение о выполнении гастропанкреатодуоденальной резекции. При этом уровень резекции желудка расширен до субтотальной. При макроскопической послеоперационной ревизии препарата, выполненной хирургами, в удаленной головке ПЖ имеется участок около 1,5 см неоднородной более плотной ткани без четких границ, не отличающийся по цвету от окружающей ткани. Однако, к нашему большому разочарованию, патологоанатомы при микроскопическом исследовании очаговых патологических образований не выявили.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 20-е сутки после операции. ФГДС-контроль не проводился. Никаких жалоб на момент выписки больной не предъявлял. Учитывая отсутствие опухоли в удаленном препарате, продолжена антисекреторная терапия. Однако через 3 мес после операции на фоне хорошего самочувствия при плановой контрольной ФГДС выявлена язва гастроэнтероанастомоза. В дальнейшем пациент постоянно наблюдался в клинике, получал антисекреторную терапию. На этом фоне продолжались боли в эпигастральной области, изжога. Эрадикационную терапию получал несколько раз при выявлении положительного хелик-теста. Санация достигалась всегда. Эндоскопические исследования, проводимые каждые 3 мес вне зависимости от самочувствия, всегда обнаруживали язву гастроэнтероанастомоза. Кровотечений больше не было. Исследования желудочной секреции, проводимые при гастроскопии, фиксировали сохраненную желудочную секрецию (рН 1,1–1,5). При повторных УЗИ и компьютерной томографии (КТ) брюшной полости очаговых изменений не выявлено.

В 2010 г. пациент стал отмечать периодически возникающее чувство распирания в эпигастральной области, отрыжку, тошноту. При эндоскопии помимо присутствующей язвы зафиксировано формирование рубцового стеноза гастроэнтероанастомоза. При рентгенологическом исследовании подтверждено наличие субкомпенсированного стеноза анастомоза.

Возникновение стеноза, выраженность жалоб у больного, полная неэффективность современной консервативной терапии продиктовали необходимость постановки показаний к очередной операции. Пациент с тактикой согласился. Осталось выбрать метод оперативного лечения. Учитывая сохраненную желудочную кислотопroduкцию, достаточный уровень гастрин плазмы крови, нельзя исключить наличие эктопированных очагов гастринпродуцирующих клеток, которые могут располагаться в желудке, ДПК, жировой клетчатке, брюшной полости, ПЖ. Однако обнаружить их при КТ, магнитно-резонансной и позитронно-эмиссионной томографии не удалось. В связи с прогнозируемыми во время операции значительными техническими сложностями была рассмотрена возможность наддиафрагмальной ваготомии. Тест медикаментозной ваготомии оказался отрицательным (после введения атропина интрагастральная рН не изменилась). Учитывая результаты теста, формирование стеноза, а также уже имеющиеся многочисленные неудачные попытки излечения

пациента, было принято решение о выполнении экстирпации культи желудка. Во время операции встретились ожидаемые технические трудности, связанные с выраженным рубцово-спаечным процессом в брюшной полости. После экстирпации культи желудка наложено эзофагоэнтероанастомоз. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 15-е сутки после операции. Все последующее время больной наблюдается в клинике, регулярно выполняются эндоскопические исследования. Никаких жалоб пациент не предъявляет, лекарственных препаратов не принимает, язвенные дефекты не обнаружены ни разу. Следует отметить, что за все время своего лечения пациент похудел всего на 1 кг.

## Обсуждение

Данный клинический случай описан как пример резистентного к разным видам терапевтического и хирургического лечения язвенного поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Современный подход к лечению язвенной болезни желудочно-кишечного тракта за последние полвека претерпел постоянные изменения. На настоящем этапе развития представлений об этиологии и патогенезе данной патологии сформированы лечебные алгоритмы, которые оправдывают себя в лечении пациентов с типичным течением. Высокая эффективность современной консервативной терапии диктует взвешенное отношение хирургической агрессии, которое показано только пациентам с упорным течением язвенного поражения желудка и ДПК. Пациенты с низким ответом на антисекреторную и эрадикационную терапию не являются однородной группой, требуют глубокого обследования, уточняющего этиологию и патогенез язвообразования. План хирургического лечения должен быть выстроен, исходя из указанных факторов.

## Заключение

Пациенты с рефрактерным язвенным поражением желудка и ДПК не являются однородной группой и требуют дифференцированного подхода к диагностике и лечению.

Планирование хирургического лечения должно исходить из глубокого понимания этиологии и патогенеза язвенного поражения в каждом конкретном случае.

Причина неэффективных попыток оперативного лечения у пациентов с рефрактерным язвенным поражением желудка и ДПК обусловлена невозможностью достоверного установления этиологии язвообразования.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interests.

## Литература/References

1. Соколов Р, Столярчук Е, Антонов О. Хирургическое лечение стенозирующих язв выходного отдела желудка. *Врач.* 2020;1:20-7 [Sokolov R, Stolyarchuk E, Antonov O. Surgical treatment for pyloric stenotic ulcers. *Vrach.* 2020;1:20-7 (in Russian)]. DOI:10.29296/25877305-2020-01-04
2. Стяжкина С.Н., Андреева А.С., Воложанина М.А., Раимова С.Р. Диагностика, лечение, профилактика язвенной болезни. *Modern Science.* 2020;10(2):305-8 [Styazhkina SN, Andreyeva AS, Volozhanina MA, Raimova SR. Diagnostika, lecheniye, profilaktika yazvennoy bolezni. *Modern Science.* 2020;10(2):305-8 (in Russian)].
3. Стяжкина С.Н., Андреева А.С., Воложанина М.А., Раимова С.Р. Язвенная болезнь: этиология, патогенез, клиника. *Modern Science.* 2020;10(2):310-3 [Styazhkina SN, Andreyeva AS, Volozhanina MA, Raimova SR. Yazvennaya bolezni': etologiya, patogenez, klinika. *Modern Science.* 2020;10(2):310-3 (in Russian)].
4. Мухаммедова Х.Х., Умурова Н.М. Выбор схемы противоязвенной терапии. *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук.* 2017;2(2):69-71 [Mukhammedova KhKh, Umurova NM. Vybory skhemy protivoyazvennoy terapii. *Aktual'nyye problemy gumanitarnykh i yestestvennykh nauk.* 2017;2(2):69-71 (in Russian)].
5. Tarasconi A, Coccolini F, Biffi WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020;15(3). DOI:10.1186/s13017-019-0283-93

6. Spindelböck W, Kump PK, Püspök A, et al. Neuroendocrine tumors in daily gastroenterology and endoscopy – a practice manual. *Zeitschrift für Gastroenterologie*. 2019;57(12):1493-513. DOI:10.1055/a-1013-4279
7. Терещенко И.В. К вопросу о диагностике гастрином. *Поволжский онкологический вестник*. 2019;10(3):56-60 [Tereshchenko IV. To the question about diagnostics gastrinoma. *Povolzhskiy onkologicheskii vestnik*. 2019;10(3):56-60 (in Russian)].
8. Моргошия Т.Ш. Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы: от теории к практическим рекомендациям. *Педиатр*. 2018;9(1):90-9 [Morgoshia TSh. Neuroendocrine tumors of the pancreas: from theory to practical recommendations. *Pediatrician*. 2018;9(1):90-9 (in Russian)]. DOI:10.17816/PED9190-99
9. Беседина Н.К., Главнов П.В., Молостова А.С., и др. Проблема желудочно-кишечного кровотечения (Обзор литературы). *Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. 2020;15(2):738-754.4 [Besedina NK, Glavnov PV, Molostova AS, et al. Problem of gastrointestinal bleeding (literature review). *Zdorov'ye – osnova chelovecheskogo potentsiala: problemy i puti ikh resheniya*. 2020;15(2):738-754.4 (in Russian)].
10. Потахин С.Н., Шапкин Ю.Г. Сравнительный анализ методов прогнозирования рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений. *Новости хирургии*. 2020;28(2):141-9 [Potakhin SN, Shapkin YuG. Comparative analysis of methods for predicting of peptic ulcers rebleeding. *Surgery news*. 2020;28(2):141-9 (in Russian)]. DOI:10.18484/2305-0047.2020.2.141
11. Липницкий Е.М., Алекберзаде А.В., Гасанов М.Р. Причины рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2017;3:4-10 [Lipnitsky EM, Alekberzade AV, Gasanov MR. The causes of recurrent ulcerative gastroduodenal bleeding. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2017;3:4-10 (in Russian)]. DOI:10.17116/hirurgia201734-10

**Статья поступила в редакцию / The article received:** 14.04.2021

**Статья принята к печати / The article approved for publication:** 21.06.2021



OMNIDOCTOR.RU