

doi: 10.17116/dokgastro20165122-25

Необычная эндоскопическая находка у пациентки с хронической язвой луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением

К.М.н. Г.В. КОНИУХОВ^{2*}, д.м.н., проф. Е.Д. ФЕДОРОВ¹, к.м.н., с.н.с. С.А. БУДЗИНСКИЙ^{1, 2},
к.м.н. П.Л. ЧЕРНЯКЕВИЧ²

¹Кафедра госпитальной хирургии №2 с научно-исследовательской лабораторией хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»; ²ГБУЗ «Городская клиническая больница №31» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Проблема лечения острых язвенных кровотечений в наши дни сохраняет свою актуальность прежде всего в связи с высокой частотой встречаемости и стабильно высоким уровнем общей летальности, достигающим 10%. Комбинированное использование эндоскопического гемостаза в сочетании с современной противоязвенной терапией является «золотым стандартом» в лечении язвенных кровотечений. Этот метод позволяет избежать неотложных операций, перенести их на плановый этап, а у ряда больных вовсе отказаться от хирургического лечения. Одним из редких осложнений хронических язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) является формирование патологической фистулы с рядом расположенными органами (желчный пузырь, общий желчный проток, ободочная кишка, правая почка, аорта, нижняя полая вена). Приобретенные дуоденальные фистулы — крайне редкое наблюдение в исходе пенетрации язвы. В то же время существующая язва луковицы ДПК может стать причиной желудочно-кишечного кровотечения. При этом лечебная тактика не отличается от общепринятой при любой первично выявленной кровоточащей язве. Представлен клинический случай успешного комбинированного эндоскопического гемостаза у больной с хронической язвой ДПК и впервые диагностированной бульбодуоденальной фистулой.

Ключевые слова: язвенная болезнь, желудочно-кишечное кровотечение, эндоскопический гемостаз, дуоденальная фистула.

The unusual endoscopic finding in a patient presenting with the chronic duodenal bulb ulcer complicated by hemorrhage

G.V. KONYUKHOV², E.D. FEDOROV¹, S.A. BUDZINSKY^{1, 2}, P.L. CHERNYAKEVICH²

¹Department of Hospital Surgery №2 with the research laboratory of surgical gastroenterology and endoscopy, N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; ²City Clinical Hospital №31, Moscow Health Department, Moscow

The problem of treatment of acute bleeding ulcers remains a most serious challenge, in the first place because of the frequent occurrence of this condition and the invariably high lethality rate associated with it that amounts up to 10%. The combined application of endoscopic hemostasis and modern antiulcer therapy is considered to be the «golden standard» for the management of ulcer bleeding. The use of these methods allows either to avoid the urgent surgical interventions and carry them out on the pre-planned basis or even to prescribe the conservative treatment for certain patients. One of the rare complications of chronic duodenal ulcers (CDU) is the formation of a pathological fistula into some adjacent organs, such as gallbladder, the common bile duct, segmented intestine, right kidney, aorta, and inferior vena cava. The acquired duodenal fistulas are the extremely rare phenomena resulting from ulcer penetration. At the same time, the duodenal bulb ulcer may be a cause of gastrointestinal hemorrhage that should be treated by the traditional methods generally employed to arrest bleeding associated with any newly detected ulcer. This article describes the clinical case of the successful combined endoscopic hemostasis in the patients presenting with a chronic duodenal bulb ulcer and the newly diagnosed bulbo-duodenal fistula.

Keywords: ulcer disease, gastrointestinal bleeding, endoscopic hemostasis, duodenal fistula.

Проблема лечения острых язвенных кровотечений в наши дни сохраняет свою актуальность в связи с высокой частотой встречаемости и стабильно высоким уровнем общей летальности, достигающим 10%. При этом последние десятилетия ознаменовались бурным развитием эндоскопии и терапии

язвенной болезни, имеющим важное значение в современном комплексном лечении гастродуоденальных язвенных кровотечений [1]. Комбинированное использование эндоскопического гемостаза в сочетании с современной противоязвенной терапией является «золотым стандартом» в лечении язвенных

кровотечений. Это позволяет избежать неотложных операций, перенести хирургическое лечение на плановый этап, а у ряда больных совсем отказаться от оперативного вмешательства [2].

Одним из редких осложнений хронических язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) является формирование патологической фистулы с рядом расположенными органами (желчный пузырь, общий желчный проток, ободочная кишка, правая почка, аорта, нижняя полая вена).

Холедохо-дуоденальная фистула вследствие пенетрации язвы ДПК формируется в 3,5—10% случаев, а как осложнение желчнокаменной болезни — в 0,06—0,14%. Среди других причин возникновения подобных соустьев следует отметить опухоли печени и холедоха, миграцию клипс после лапароскопической холецистэктомии, синдром Мирризи. Методом выбора лечения данной категории больных при сохраненной проходимости ДПК являются ретроградные транспапиллярные вмешательства в объеме эндоскопической папиллосфинктеротомии и билиарного стентирования [3].

Нефродуоденальная фистула впервые описана Campaignas в 1839 г. В настоящее время в мировой литературе имеется описание лишь около 100 подобных наблюдений. Наиболее частыми причинами формирования фистул являются мочекаменная болезнь (МКБ) с развитием пиелонефрита, паранефрита, туберкулез, язва ДПК, киста почки, опухоли желудочно-кишечного тракта, травма (падение с высоты, автотравма, катетеризации мочеточника, инородные тела, оперативные вмешательства, огнестрельные ранения). В то же время следует отметить, что около 65% спонтанных фистул развивается вследствие обструктивного пиелонефрита [4].

Одним из возможных источников кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются фистулы ДПК с магистральными сосудами (чаще всего с аортой и нижней полой веной). Аортодуоденальная фистула (АДФ) наиболее часто встречается из всех патологических соустьев ДПК с сосудистыми структурами — ее удельный вес при подобных патологических состояниях достигает 80% [5]. Лишь 33—50% АДФ диагностируют до операции, при этом летальность у данной категории пациентов составляет 35% [6]. Классическим признаком АДФ служит так называемое «herald bleed» (кратковременное, самостоятельно останавливающееся активное кровотечение с последующим массивным рецидивом). Следует отметить, что фистула в большинстве случаев эндоскопически не визуализируется [7].

Мы хотим представить наблюдение успешного комбинированного эндоскопического гемостаза у больной с кровотечением из хронической язвы лу-

ковицы ДПК и впервые выявленной дуоденальной фистулой.

Больная К., 87 лет, страдающая МКБ, поступила в экстренном порядке в урологическое отделение 19.06.2013.

Из анамнеза известно, что больная страдает МКБ в течение 20 лет. Ухудшение возникло 14.06.2013, когда женщина отметила боли в поясничной области справа, гипертермию до 38,5 °С. По результатам лабораторных методов исследования (мочевина 20 ммоль/л, креатинин 247 мкмоль/л, гемоглобин 105 г/л), ультразвукового исследования почек (справа чашечки резко расширены до 2 см, в лоханке определяется гиперэхогенное включение размером до 6 см), обзорной рентгенографии почек и мочевыводящих путей (тень конкремента в проекции лоханки правой почки размером 6 см, в проекции верхней трети левого мочеточника размером 15 мм), ретроградной уретеропиелографии (расширение до 1,2 см в средней трети левого мочеточника и округлой формы, неоднородного контрастирования «полость» на уровне L_{III}), клинический диагноз был сформулирован следующим образом: «МКБ, коралловидный камень правой почки, камень левого мочеточника, хронический пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность». При этом у пациентки были выражены сопутствующие заболевания: остеоартроз крупных суставов, остеопороз, В₁₂- и фолиевые дефицитная анемия тяжелой степени, ишемическая болезнь сердца и атеросклеротический кардиосклероз.

В связи с суставным болевым синдромом и атеросклерозом сосудов пациентка постоянно принимала нестероидные противовоспалительные средства (кетонал, диклофенак, индометацин), а также антиагрегантные препараты (аспирин, пентоксифиллин, курантил).

21.06.2013 выполнена двусторонняя чрескожная пункционная нефростомия с последующей антибактериальной и противовоспалительной терапией с положительной динамикой: была купирована лихорадка, нормализовались биохимические показатели и маркеры острой воспалительной реакции.

Однако через 10 сут у больной отметили клиническую картину желудочно-кишечного кровотечения, проявившуюся гипотонией (АД 90/60 мм рт.ст.), тахикардией до 120 ударов в 1 мин, меленой, снижением уровня гемоглобина со 105 г/л до 66 г/л.

Пациентке была выполнена экстренная эзофагогастродуоденоскопия, при которой выявлена выраженная деформация луковицы ДПК, эрозивный бульбит и язвенный дефект, занимающий практически всю переднюю стенку луковицы, размерами 2,5×2 см, с неровными, подрытыми краями, глубиной до 5 мм, дно язвы было прикрыто сгустком кро-

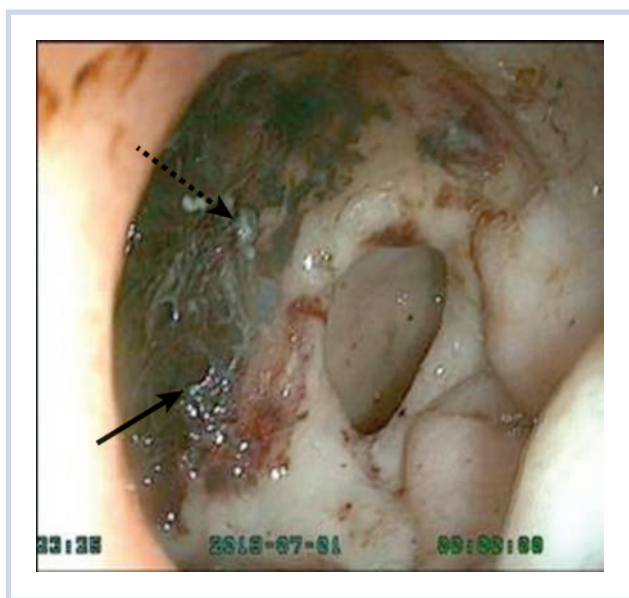


Рис. 1. Эндоскопическая картина крупной язвы луковицы ДПК, послужившей источником гастродуоденального кровотечения.

Пунктирная стрелка — тромбированный сосуд, сплошная — тромб-сгусток.

ви, после отмывания которого визуализировался тромбированный сосуд в виде бугорка до 2 мм в диаметре перламутрового цвета без активного подтекания крови (рис. 1). Эндоскопический диагноз был сформулирован следующим образом: «Хроническая язва луковицы ДПК — источник аррозивного гастродуоденального кровотечения, остановившегося на момент осмотра (Forrest IIa + IIb)». В процессе детального осмотра была выявлена необычная находка: два выхода из луковицы ДПК (рис. 2). Проведен дифференцированный диагноз с удвоением ДПК, с аортодуоденальной, холедоходуоденальной и нефродуоденальной фистулами, причем первоначально мы склонялись именно к последнему варианту диагноза, учитывая характер основного заболевания. Однако при проведении аппарата через «дополнительный» выход из желудка, визуализировалась вертикальная ветвь ДПК. Таким образом, у больной с хронической язвой луковицы ДПК и кровотечением из нее сформировалась «бульбодуоденальная» фистула. Согласно принятой в нашей клинике тактике ведения больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями был выполнен превентивный комбинированный эндоскопический гемостаз в объеме паравазального введения раствора адреналина (1 мл адреналина на 20 мл стерильного физиологического раствора) (рис. 3), дополненное аргоноплазменной коагуляцией видимого сосуда (рис. 4).

Учитывая высокий клинко-эндоскопический риск рецидива кровотечения, больная была госпитализирована в реанимационное отделение, где

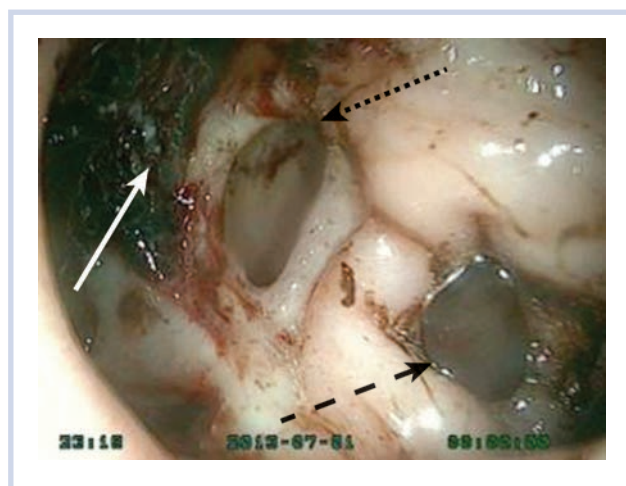


Рис. 2. Эндоскопическая картина «двойного» выхода из луковицы ДПК.

Сплошная стрелка — тромб-сгусток, крупная пунктирная линия — бульбодуоденальный переход, мелкая пунктирная линия — «второй» выход из луковицы ДПК.



Рис. 3. Паравазальное введение в дно язвы раствора адреналина.

Сплошная стрелка — тромб-сгусток, точечная пунктирная линия — игла-инъектор.

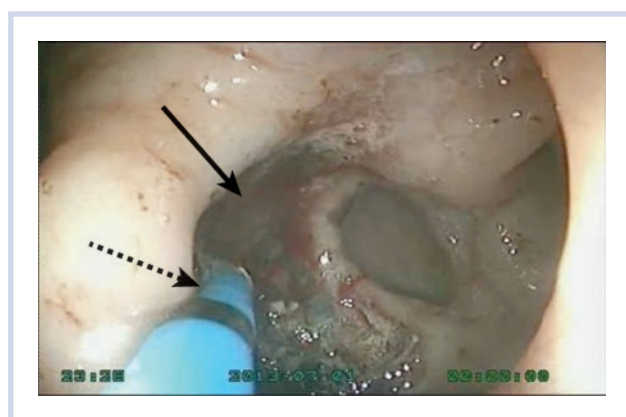


Рис. 4. Обработка сосуда в дне язвы с помощью аргоноплазменной коагуляции.

Сплошная стрелка — тромб-сгусток, точечная пунктирная линия — зонд для аргоноплазменной коагуляции.

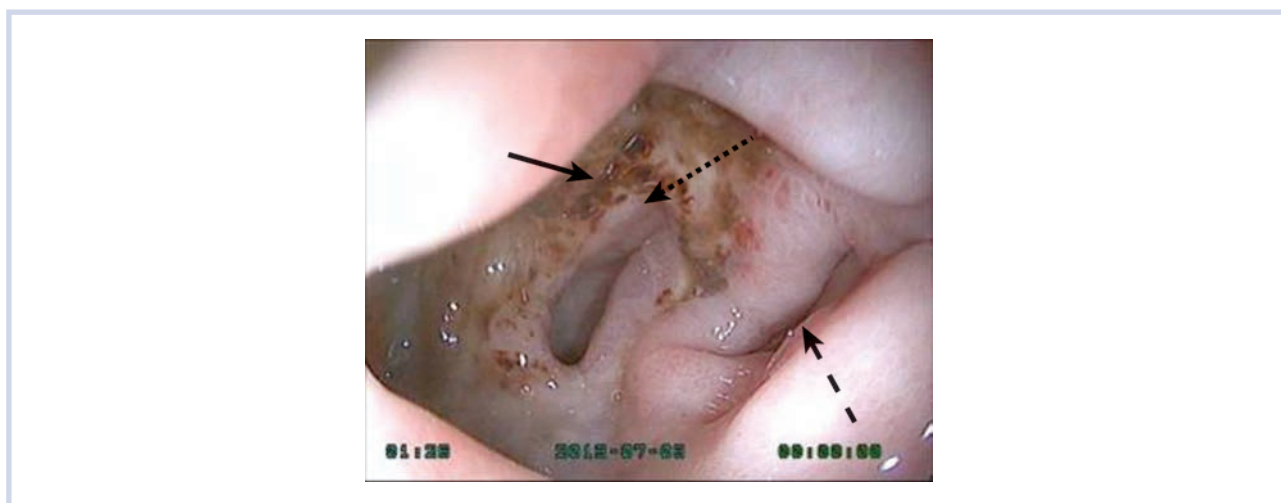


Рис. 5. Контрольная эзофагогастродуоденоскопия на 2-е сутки после эндоскопического гемостаза.

Сплошная стрелка — мелкие тромбированные сосуды, мелкая пунктирная линия — «бульбодуоденальная» фистула, крупная пунктирная линия — бульбодуоденальный переход.

проводилась антисекреторная терапия путем внутривенного введения блокаторов протонной помпы (160 мг в сутки), инфузионная терапия, коррекция анемии. На фоне проводимой интенсивной терапии была отмечена отчетливая клиническая и эндоскопическая положительная динамика: гемодинамика стабилизировалась в течение суток, рецидивы кровотечения отсутствовали.

При контрольной эзофагогастродуоденоскопии через 2 сут визуализировалась бульбодуоденальная фистула на фоне отсутствия сгустков и видимых сосудов в дне язвы (рис. 5).

Больная выписана без осложнений в относительно удовлетворительном состоянии через 18 дней после первичного эндоскопического гемостаза с умеренно выраженной анемией (гемоглобин — 101 г/л) и компенсированными показателями уремии (мочевина 4,3 ммоль/л, креатинин 123 мкмоль/л).

Приобретенные «бульбодуоденальные» фистулы — крайне редкое наблюдение в исходе пенетрации язвы. Провоцирующими факторами их развития могут стать сопутствующие заболевания и прием ulcerогенных лекарственных препаратов. Бульбодуоденальная фистула обычно является случайной находкой и не требует в дальнейшем специального лечения. В то же время существующая при подобных нетипичных изменениях выходного отдела желудка язва луковицы ДПК, безусловно, может стать причиной желудочно-кишечного кровотечения. При этом лечебная тактика не отличается от общепринятой при любой первично выявленной кровоточащей язве. Практикующим эндоскопистам следует знать и помнить о возможности подобного редкого состояния, что особенно важно при проведении в ДПК эндоскопа с боковой или полубоковой оптикой (дуоденоскопы или эхоэндоскопы).

ЛИТЕРАТУРА

1. Панцырев Ю.М., Михалев А.И. *Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии*. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009;Т.П:317-341.
2. Михалев А.И. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Юдин О.И. и др. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни (старые положения и targeted aspects намечающиеся перспективы). Материалы V Всероссийской конференции общих хирургов объединенной с пленумом проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» межведомственного научного совета по хирургии. 2008:23-24.
3. Marsdin EL, Kreckler S, Alzein A, D'Costa H. Choledochal-duodenal fistula presenting as an upper GI bleed. *BMJ Case Rep*. 2011;2011. doi:10.1136/bcr.05.2011.4275
4. Kyung Nam Lee. Pyeloduodenal Fistula Successfully Treated By Endoscopic Ligation without Surgical Nephrectomy: Case Report. *J Korean Med Sci*. 2014;29(1):141-144. doi:10.3346/jkms.2014.29.1.141
5. Wijeyaratne SM, Ubayasiri R, Weerasinghe C. Haematemesis due to primary aortic aneurysm-duodenal fistula — clinical suspicion is the cornerstone of diagnosis: a case report. *Cases J*. 2009;2:7803. doi:10.4076/1757-1626-2-7803
6. Alzobydi AH. Primary aortoduodenal fistula: A case report *World J Gastroenterol*. 2013;19(3):415-417. doi:10.3748/wjg.v19.i3.415
7. Shehzad KN, Riaz A, Meyrick-Thomas J. Primary aortoduodenal fistula — a rare clinical entity. *JRSM Short Rep*. 2010;1(1):7. doi:10.1258/shorts.2009.090430