



DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-174-2-95-98

Лечение подпеченочного абсцесса при перфоративной язве желудка*

Короткевич А. Г.^{1,2}, Ярошук С. А.², Леонтьев А. С.^{1,2}, Май С. А.², Берсенева А. А.²

¹ Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей — филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации — НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Новокузнецк, Россия

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29» (ГБУЗ КО НГКБН № 29), Новокузнецк, Россия

Treatment of subhepatic abscess due to complicated perforation of gastric ulcer*

A. G. Korotkevich^{1,2}, S. A. Yaroshchuk², A. S. Leontyev^{1,2}, S. A. May², A. A. Bersenev²

¹ Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians — Branch Campus of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education “Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Novokuznetsk, Russia

² Novokuznetsk City Clinical Hospital № 29, Novokuznetsk, Russia

Для цитирования: Короткевич А. Г., Ярошук С. А., Леонтьев А. С., Май С. А., Берсенева А. А. Лечение подпеченочного абсцесса при перфоративной язве желудка. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;174(2): 95–98. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-174-2-95-98

For citation: Korotkevich A. G., Yaroshchuk S. A., Leontyev A. S., May S. A., Bersenev A. A. Treatment of subhepatic abscess due to complicated perforation of gastric ulcer. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2020;174(2): 95–98. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-174-2-95-98

Короткевич Алексей Григорьевич, профессор, заведующий отделением эндоскопии

Ярошук Сергей Александрович, врач-хирург

Леонтьев А. С., врач-эндоскопист, профессор

Май Семен Александрович, врач-эндоскопист

Берсенева Андрей Александрович, врач-хирург

Alexey G. Korotkevich, professor, head of the Endoscopy Department

Sergey A. Yaroshchuk, surgeon

Anton S. Leontyev, endoscopist, professor

Semen A. May, endoscopist

Andrey A. Bersenev, surgeon

✉ **Corresponding author:**

**Короткевич
Алексей Григорьевич**
Alexey G. Korotkevich
alkorot@mail.ru

* **Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал.**

* **Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal.**

Резюме

Формирование абсцессов брюшной полости при перфоративных язвах желудка и 12-п.к. составляют при консервативном лечении от 3% до 14%. Основной стратегией их лечения является малоинвазивное пункционное лечение. Представлен случай позднего обращения пациента 56 лет с перфоративной гигантской язвой желудка, формированием подпеченочного гнойника и дренированием его в просвет желудка. Используются приемы дренирования абсцесса через минидоступ под контролем гастроскопии. Описан комплекс лечебных мероприятий, который позволил в течение месяца добиться облитерации полости абсцесса и заживления гигантской язвы желудка. Делается вывод о необходимости раннего использования гастроскопии в дифференциальной диагностике перфоративных язв.

Ключевые слова: перфоративная язва желудка, гастроскопия, малоинвазивное лечение, подпеченочный абсцесс

Summary

Formation of abdominal abscesses with perforated ulcers of the stomach and duodenum with conservative treatment ranges from 3% to 14%.

The main strategy for their treatment is a minimally invasive puncture treatment. A case of a patient's late treatment of 56 years with a perforated giant gastric ulcer, the formation of a subhepatic abscess and its drainage into the lumen of the stomach is presented. Used methods of drainage of an abscess through a mini-access under the control of gastroscopy. A complex of therapeutic measures has been described, which allowed for the obliteration of an abscess cavity and the healing of a giant stomach ulcer within a month. It is concluded that the need for early use of gastroscopy in the differential diagnosis of perforated ulcers.

Keywords: perforated gastric ulcer, gastroscopy, minimally invasive treatment, subhepatic abscess

Актуальность

Перфоративная язва и ее осложнения остаются активно обсуждаемым вопросом хирургической гастроэнтерологии. Дебаты о выборе консервативного или оперативного лечения, объеме оперативного пособия, факторах риска летальности продолжают до сих пор [1–3]. Проблемой остается позднее поступление больных в хирургический стационар как следствие самолечения или пренебрежения ранними симптомами язвенной болезни. Сторонники консервативного лечения

ссылаются на высокую частоту самозалипания перфоративного отверстия и самоограничения воспалительного процесса [3, 4]. Считается, что всего в 3% перфорация язвы желудка или 12-п.к. при консервативном лечении имеет осложнением абсцесс брюшной полости, хотя другие авторы указывают на 10–14% [1, 4]. Интерес представляет лечебная тактика при таком осложнении перфоративной язвы без обширного оперативного лечения.

Описание случая

Пациент К., 56 лет. 3 февраля 2018 г. впервые, на фоне полного благополучия, при умеренной физической нагрузке резко появилась кинжальная боль в области эпигастрия. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи (БСМП) и с диагнозом острого панкреатита был доставлен в дежурный хирургический стационар, где после дообследования (УЗИ, биохимический анализ крови, общий анализ крови, гастроскопию (ЭГДС) не делали) был установлен диагноз «гастрит». После инъекции анальгетиков и спазмолитиков боль практически не беспокоила. Был отправлен на амбулаторное лечение и дообследование. Однако, в поликлинику не обращался, нигде не лечился. 26 декабря 2018 г, утром, резко заболел живот в эпигастрии, как в прошлый раз. Позже боль приняла постоянный характер, стала тупой, отдавала в поясницу. Принимал Маалокс и Но-шпу, но существенного улучшения не отметил. Отметил снижение аппетита, нарастание слабости. Терпел до 9 января, когда вызвал БСМП и был в 22.15 доставлен в отделение хирургии ГКБ№ 29 с подозрением на острый панкреатит. При осмотре сознание ясное, кожные покровы бледные, живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, умеренно болезнен в эпигастрии. Инфильтратов не определяется. Перитонеальной реакции нет. Печень по краю реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Нормотермия. При поступлении: Нв 81 г/л, лейкоцитоз $9,5 \times 10^9$, эритроцитоз $3,3 \times 10^4$, гематокрит 0,26. В анализе мочи белок 0,033 г/л, эритроциты в большом количестве. Биохимические анализы без отклонений от нормы. При обзорной рентгенографии брюшной полости свободного газа не выявлено.

УЗИ почек и мочеточников – слева во всех чашках камни 4–5 мм. При обзорной рентгенографии грудной клетки патологии не выявлено. УЗИ печени, желчного пузыря и протоков: печень +2 см, увеличена, контур неровный, структура однородная, без очаговых изменений, экзогенность паренхимы повышена умеренно, внутривенные протоки не расширены, холедох 6 мм, свободный. Воротная вена не расширена – 12 мм. Желчный пузырь нормальных размеров – 65x22 мм, стенки не изменены, камней нет. Поджелудочная железа не дифференцируется. Подпеченочно, преимущественно под левой долей печени жидкость в умеренном количестве. ЭГДС 10.01.19 в 00.20: Пищевод проходим свободно, в просвете остатки пищи в виде комков. Стенки эластичные. Анатомические сужения сохранены. Слизистая розовая, сосудистый рисунок дифференцируется на всем протяжении. Зубчатая линия четко дифференцируется. Кардия смыкается плотно. Желудок деформирован по большой кривизне конвергенцией складок, в его просвете мутная жидкость до 300 мл, на границе верхней трети и тела по малой кривизне кратерообразный дефект с ригидными краями, до 4,0x4,5 см. Свищевой ход диаметром до 1,5 см уходит в проекции малого сальника. Привратник округлый, смыкается, проходим свободно. Луковица и 12-п.к. не изменены. Заключение: каллезная язва тела желудка с формированием свищевой ходы в брюшную полость. Повторная обзорная рентгенография брюшной полости: свободного газа не выявлено. Госпитализирован с диагнозом: пенетрирующая язва желудка в малый сальник, поджелудочную железу. МКБ, камни левой почки.

ЭГДС 10.01.19 в 10.30 (рисунок 1): картина прежняя. Биопсия краев дефекта. В перфоративное отверстие через катетер введен водорастворимый контраст. Получен густой сливкообразный гной. Пациент транспортирован в рентгенкабинет. Заключение: гигантская язва тела желудка с пенетрацией в малый сальник. Абсцедирование.

Описание рентгеноскопии (рисунок 2): выявлены 2 уровня. Первый в проекции малой кривизны в с/3 тела желудка, с остатками контраста. Второй больших размеров в эпигастрии у передней брюшной стенки в поперечнике до 9 см вне желудка. Заключение: пенетрирующая язва малой кривизны тела желудка. Абсцесс брюшной полости.

После обсуждения, с учетом нормотермии, сохраненных витальных функций (ЧДД 17 в мин, пульс 82 в мин., АД 140/90 мм.рт.ст.), ограниченной полости абсцесса, наличия сообщения между полостью абсцесса и желудком, давности заболевания более двух недель решено выполнить минилапаротомию под контролем гастроскопии с дренированием полости абсцесса. К 11.01.2019 Нв 83 г/л, лейкоцитоз $12,0 \times 10^9$, гематокрит 0,27. Нормотермия. В операционной ЭГДС 11.01.19 в 14.30 (рисунок 3, 4): Картина прежняя. В перфоративное отверстие в дне язвы введен гастроскоп, стенки полости абсцесса плотные, гладкие, инфильтрированы, густой гной, налет фибрина. Под контролем зрения выбрана при диафаноскопии точка для пункции. Под контролем зрения установлен дренаж Фолея в полость абсцесса.

В отделении реанимации после операции назначена антибиотикотерапия (цефтриаксон, метрагил), ингибиторы протонной помпы (ИПП), нестероидные средства (НПВС), инфузионная

терапия до 3 л/сут, переливание эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы. Питание смешанное. К 14.01.19: Нв 82 г/л, лейкоцитоз $9,9 \times 10^9$, гематокрит 0,28. По дренажу за сутки от 60 до 200 мл гнойного отделяемого. Ежедневно полость абсцесса промывалась физиологическим раствором, раствором перекиси водорода 3%, растворами антисептиков. 14.01.19 пациент из отделения реанимации переводится в отделение общей хирургии. ИПП перорально. 14.01.19 налажена промывная система – установлен второй катетер под местной анестезией. Количество гнойного отделяемого прогрессивно уменьшается. Фистулография от 23.01.19 (рисунок 5): полость абсцесса значительно уменьшилась и хорошо определяется – размеры 4x1,3 см. Состояние пациента ближе к удовлетворительному. К 25.01.19: Нв 93 г/л, лейкоцитоз $6,8 \times 10^9$, эритроцитов $3,7 \times 10^4$, гематокрит 0,30. ЭГДС 29.01.19: язвенный кратер уменьшился до 1,5 см, перфоративное отверстие уменьшилось до 3 мм, дренажа в дне язвы нет.

30.01.19 удален дренаж Фолея, полость абсцесса промыта. К 5.02.19: Нв 113 г/л, лейкоцитоз $9,0 \times 10^9$, эритроцитов $4,5 \times 10^4$, гематокрит 0,36.

ЭГДС от 7.02.19 (рисунок 5): язвенный дефект овальной формы, продольный, плоский, до 1x0,7 см, дно фибрин, отверстий в дне язвы нет. Заключение: динамика положительная. Хроническая рубцующаяся язва тела желудка.

Результаты микроскопии от 9.01.19 и 10.01.19: морфологическая картина соответствует хронической прогрессирующей язве.

По дренажу отделяемого нет – удален 8.02.19. Пациент выписан под наблюдение терапевта 11.02.19.

Обсуждение

Течение перфоративной язвы – это всегда лотерея в обосновании выбора метода лечения, зависящая от степени наполнения желудка в момент перфорации, локализации и диаметра перфорации, регенеративных свойств тканей индивида, болевого порога, сопутствующих заболеваний и качества/спектра принимаемых медикаментов и т.д. [5–8]. Однако, если тактика лечения в острый период – в момент перфорации – имеет определенную ясность, то в отношении поздних осложнений перфорации, в частности абдоминальных абсцессов, мнение специалистов склоняется в сторону малоинвазивных технологий [1, 4, 9]. Более того, у пациентов пожилого возраста, высоким риском анестезиологических осложнений, при коморбидности возможны внутрископические методы герметизации перфорации [10]. Однако, мнения об эффективности и безопасности изолированных чрескожных пункций или чрескожного дренирования при одиночных и множественных абсцессах крупных размеров различаются [1, 11]. Следует обратить внимание на то, что в публикациях описаны абсцессы, не имеющие сообщения с просветом желудка или кишки. В нашем случае при давности заболевания в две недели имелся дренирующийся в желудок подпеченочный гнойник, что, по-видимому, несмотря на анемию,

потерю аппетита и слабость дало возможность пережить догоспитальный период без гипертермии и яркой лабораторной реакции на гнойник. На наш взгляд, это указывает на необходимость ранней эндоскопической ревизии в дифференциальной диагностике острого панкреатита, перфоративной язвы и острого гастрита [4, 12]. На это указывает и первый опыт обращения пациента за медицинской помощью за год до перфорации. Известны трудности в выборе объема лечения осложнений гигантских, особенно старческих, язв желудка [7]. В данном наблюдении налаживание наружного дренирования и возможность опорожнения содержимого гнойника в желудок позволили не только добиться быстрого уменьшения объема полости абсцесса, но и стимулировали заживление язвенного дефекта. Избрание именно минилапаротомии было обосновано сообщением абсцесса с желудком через язву, т.е. отсутствием напряжения и высокой вероятностью травматизации задней стенки гнойника при пункции под ультразвуковым контролем. Разумеется, использование ИПП как для подавления желудочной секреции, так и стимуляции регенерации необходимо как при консервативном лечении, так и в послеоперационном периоде [2, 7]. Использование интраоперационной гастроскопии

для контроля положения дренажа, на наш взгляд, обеспечило профилактику травматизации дна язвы концом дренажной трубки и обеспечило благоприятные условия для заживления язвы и сохранения энтерального питания. Одним из недостатков консервативного лечения считают длительное пребывание больного в стационаре [4]. Используемая нами технология позволила восстановить трудоспособность пациента в течение месяца.

Таким образом, сочетание ранней диагностической гастроскопии, малоинвазивного дренирования абсцесса, эндоскопического контроля за дренированием абсцесса, применение ИПП и сохранение энтерального питания обеспечили благоприятное течение заживления гигантской язвы желудка и санации подпеченочного абсцесса. В сомнительных случаях следует максимально рано применять диагностическую гастроскопию.

Литература | References

1. Возможности консервативного лечения прободной язвы/А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Д.В. Михайлов, М.П. Постолов// Хирургия 2016; 5: 69–73.
A. G. Beburishvili, S. I. Panin, D. V. Mikhailov, M. P. Postolov Possibilities of conservative perforated treatment ulcers. *Surgery* 2016; 5: 69–73.
2. Трухалев В.А., Гомозов Г.И. Современное состояние проблемы лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=12380> (дата обращения: 09.02.2019).
Trukhalev V. A., Gomozev G. I. Current state problems of treatment of perforated gastric ulcer ka and duodenum. *Modern problems of science and education*. 2014, No. 2; URL: <http://www.science-education.ru/en/article/view?id=12380> (accessed date: 02/09/2019).
3. Крылов Н., Винничук Д. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды//Врач. 2012; № 1: 15–20.
Krylov N., Vinnichuk D. Perforated ulcer: patho morphosis, collisions and trends. *Doctor*. 2012; 1: 15–20.
4. Bertleff M.J., Lange J.F. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment//Dig Surg. 2010 Aug; 27(3): 161–169.
5. Chandra S.S., Kumar S.S. Definitive or conservative surgery for perforated gastric ulcer? – An unresolved problem//Int J Surg. 2009 Apr;7(2):136–139
6. Kumar P, Khan HM, Hasanrabba S. Treatment of perforated giant gastric ulcer in an emergency setting/ World J Gastrointest Surg. 2014; 6(1): 5–8.
7. Короткевич А. Г. Эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта. Часть 1. – LAP LAMBERT Academic Publishing, 2018. – 656 с.
8. Outcome of nonsurgical intervention in patients with perforated peptic ulcers/Lay PL, Huang NH, Chang WK et al.// Am J Emerg Med. 2016 Aug; 34(8): 1556–1560.
9. Седова Е.Ю., Гумеров П.П. Современная лечебная тактика при абсцессах живота//Acta Biomedica Scientifica 2008; (62): 126–127.
Sedova E. Yu., Gumerov P. P. Modern medical tactics for abdominal abscesses. *Acta Biomedica Scientifi CA* 2008; (62): 126–127.
10. Палевская С.А., Короткевич А. Г. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта. – ГЭОТАР-Медиа, 2018–752 с.
Palevskaya S. A., Korotkevich A. G. Ventricular endoscopy the intestinal tract. *GEOTAR-Media*, 2018, 752 p.
11. Пащина С.Н., Блажитко Е.М., Беспалов А.А. Абсцессы печени: выбор метода лечения//Медицина и образование в Сибири 2014; 4: 41.
Pashchina S. N., Blagitko E. M., Bepalov A. A. Abscess liver treatment. *Treatment and treatment development in Siberia* 2014; 4:41
12. Короткевич А. Г. Некоторые спорные и частные вопросы гастроинтестинальной эндоскопии – Саарбрюкен (Saarbrücken): LAP LAMBERT Academic Publishing, 2017. – 316 с.
Korotkevich A. G. Some controversial and particular gastrointestinal endoscopy issues – Saarbrücken (Saarbrücken): LAP LAMBERT Academic. Publisher, 2017, 316 p.

К статье

Лечение подпеченочного абсцесса при перфоративной язве желудка (стр. 95–98)

To article

Treatment of subhepatic abscess due to complicated perforation of gastric ulcer (p. 95–98)

Рисунок 1.

Эндоскопическая картина от 10.01.2019

А – вид язвы после биопсии, синие стрелки – края язвенного дефекта, желтые стрелки – границы перфорации, Б – катетер введен через перфоративное отверстие, поступает густой гной (желтые стрелки), В – обильное поступление гноя (желтые стрелки) при введении водорастворимого контрастного вещества

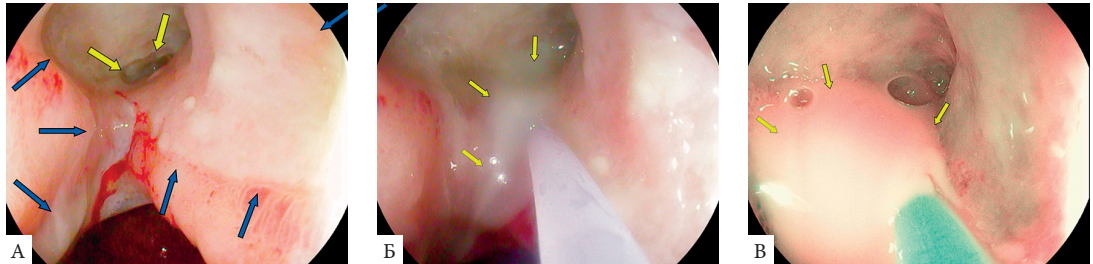


Рисунок 2.

Рентгенография полости абсцесса

А – прямая проекция, Б – косая проекция, желтые стрелки – границы полости абсцесса, синие стрелки – желудок, круг – проекция перфорации

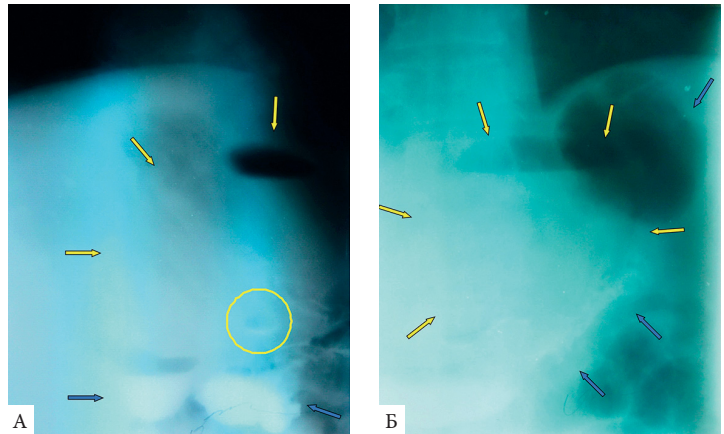


Рисунок 3.

Осмотр полости абсцесса через перфоративное отверстие в дне язвы

А – густой гной на стенках, Б – проекция левой доли печени, В – вид с уровня перфорации

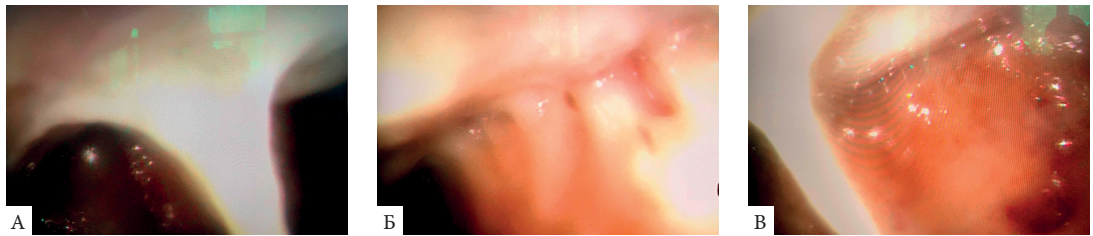
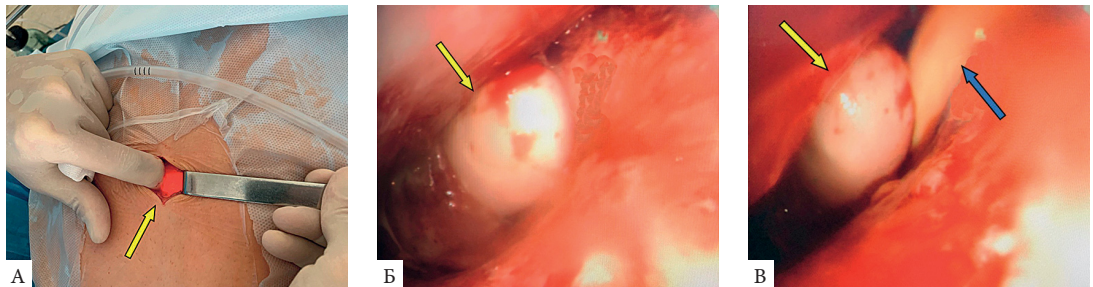


Рисунок 4.

Контроль положения катетера при дренировании абсцесса

А – диафаноскопия через разрез кожи (стрелка), Б – палец в полости абсцесса (стрелка), В – по пальцу (желтая стрелка) установлен катетер (синяя стрелка)



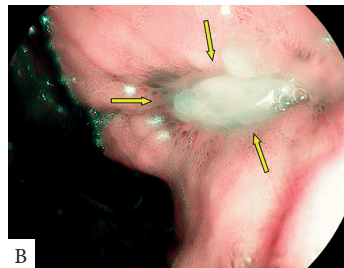
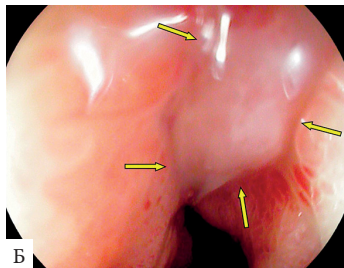
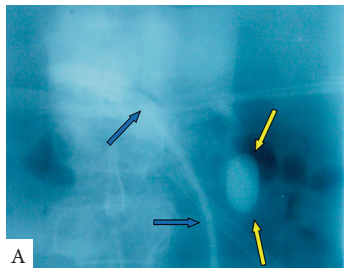


Рисунок 5.

Контрольные исследования
А – фистулограмма, редукция
полости абсцесса (желтые
стрелки), синие стрелки – дре-
наж, видна квадратная тень
раневой наклейки, сооб-
щения с желудком нет,
Б – прямой вид в белом свете,
плоский язвенный дефект
(желтые стрелки), деформа-
ция просвета желудка, В – ре-
троградный осмотр в режиме
i-scan, плоский язвенный
дефект (желтые стрелки)