

ОСЛОЖНЕННАЯ ГИГАНТСКАЯ ДУОДЕНАЛЬНАЯ ЯЗВА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА

В. Л. Полуэктов¹, О. И. Назарова², В. Н. Никитин^{1,3*}, С. Г. Клипач³,
В. М. Ситникова¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет», г. Омск, Россия

² Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Омск, Россия

³ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2», г. Омск, Россия

Поступила в редакцию 18.09.18 г.; принята к печати 25.04.19 г.

Представлено клиническое наблюдение гигантской дуоденальной язвы, осложненной кровотечением, у ВИЧ-инфицированного пациента. При резекции желудка по Бильрот-2 применен оригинальный способ формирования культи двенадцатиперстной кишки. Способ отличается использованием постязвенного стенотического кольца в качестве каркаса формируемой культи и двухуровневого непрерывного шва, что позволило избежать у нашего пациента несостоятельности швов.

Ключевые слова: гигантская язва двенадцатиперстной кишки, стеноз, кровотечение, пенетрация, ВИЧ-инфекция

Для цитирования: Полуэктов В. Л., Назарова О. И., Никитин В. Н., Клипач С. Г., Ситникова В. М. Осложненная гигантская дуоденальная язва у ВИЧ-инфицированного пациента. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2019;178(3):54–58. DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-3-54-58.

* **Автор для связи:** Вячеслав Николаевич Никитин, ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, 644043, Россия, г. Омск, ул. Ленина, д. 12. E-mail: nikitin-1966@inbox.ru.

Complicated giant duodenal ulcer in the HIV-infected patient

Vladimir L. Poluektov¹, Olga I. Nazarova², Vyacheslav N. Nikitin^{1,3*}, Sergei G. Klipach³, Valentina M. Sitnikova¹

¹ Omsk State Medical University, Russia, Omsk; ² Center for prevention and control of AIDS and infectious diseases, Russia, Omsk; ³ Emergency Hospital № 2, Russia, Omsk

Received 18.09.18; accepted 25.04.19

This article presented the clinical observation of the giant duodenal ulcer complicated by bleeding in the HIV-infected patient. The original method of forming the duodenal stump was used during the resection of the stomach by Billroth-2. The method was characterized by using the post-ulcer stenotic ring as a skeleton of the formed duodenal stump and the double-row continuous suture that allowed to avoid the suture insufficiency in the patient.

Keywords: giant duodenal ulcer, stenosis, bleeding, penetration, HIV-infection

For citation: Poluektov V. L., Nazarova O. I., Nikitin V. N., Klipach S. G., Sitnikova V. M. Complicated giant duodenal ulcer in the HIV-infected patient. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2019;178(3):54–58. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-3-54-58.

* **Corresponding author:** Vyacheslav N. Nikitin, Omsk State Medical University, 12 Lenina street, Omsk, Russia, 644043. E-mail: nikitin-1966@inbox.ru.

Введение. За последние годы отмечается рост уровня инфицированности населения ВИЧ [1, 2]; так, в Санкт-Петербурге, по данным за 2015 г., эта цифра составила около 1 %, [3], в Республике Башкортостан – 1,5 % [4], в Сибирском федеральном округе – 2,5 % [5]. Стремительное распространение вирусного поражения определило увеличение числа ВИЧ-инфицированных больных в хирургических стационарах. При этом причинами смерти ВИЧ-инфицированного населения более чем у половины больных явились факторы, связанные не только с основным заболеванием («внешние причины») [5], но и с осложненными формами хирургической патологии. В плане накопления знаний по коморбидному течению осложненной язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) у ВИЧ-

инфицированного пациента представляет интерес следующее наблюдение.

Пациент Р., 45 лет, доставлен в приемное отделение Городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 2 г. Омска в неотложном порядке 02.03.2018 г. с жалобами на рвоту с примесью крови. Со слов пациента, болеет в течение 2 суток, когда на фоне употребления алкоголя появились вышеуказанные жалобы. За медицинской помощью не обращался. При сборе анамнеза установлено: страдает хроническим гепатитом В и С, ВИЧ с 2006 г. (от назначенной антиретровирусной терапии (АРВТ) воздерживался). Инфицирование произошло во время длительного пребывания в местах лишения свободы парентеральным путем. В том же 2006 г. был оперирован по поводу прободной язвы луковицы ДПК, объем операции – ушивание перфорации. Далее по поводу язвенной болезни ДПК не лечился и не наблюдался. Нерегулярно, при появлении боли в эпигастрии, принимал ингибиторы протонной помпы.

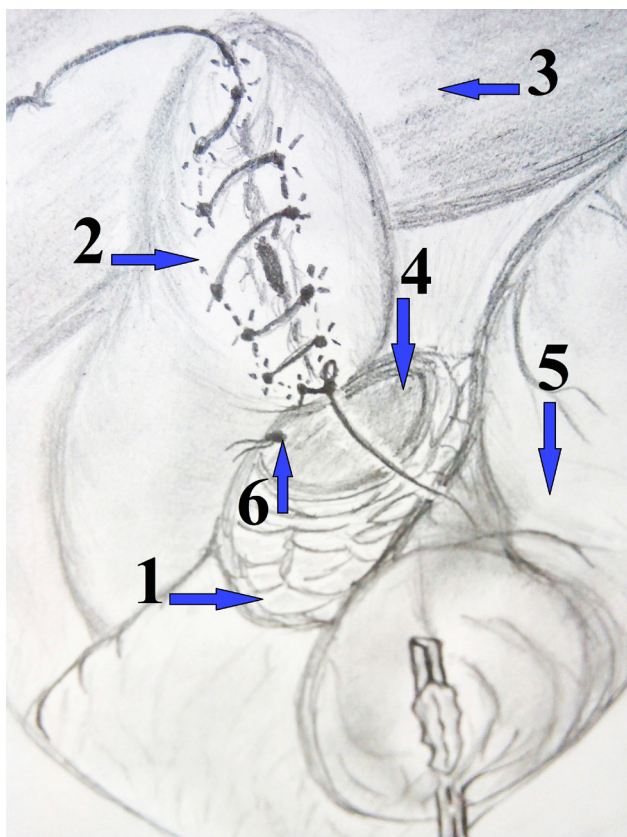


Рис. 1. Схема операции. Наложение 1-го ряда швов на культю двенадцатиперстной кишки:

1 – ткань поджелудочной железы; 2 – первый уровень непрерывного шва на культе ДПК; 3 – край правой доли печени; 4 – дно язвенного кратера, пенетрирующего в головку поджелудочной железы; 5 – мобилизованный и подлежащий резекции желудок; 6 – прошивная лигатура, остановившая диффузное кровотечение из язвы

Fig. 1. Scheme of operation. Overlapping the 1st row of sutures on the duodenum stump:

1 – pancreatic tissue; 2 – the first row of a continuous suture on a duodenum stump; 3 – the edge of the right lobe of the liver; 4 – fundus of the ulcer crater penetrating into the head of the pancreas; 5 – mobilized stomach in preparation for resection; 6 – the ligature stopped diffuse bleeding from the ulcer

В течение последнего года отмечает возникновение тяжести, вздутия в верхних отделах живота после приема пищи, отрыжку с неприятным запахом. Склонен к злоупотреблению алкоголя (по 5–7 дней). Применение наркотических препаратов на текущий момент отрицает.

Состояние при поступлении средней тяжести. Пониженного питания (180 см/62 кг, ИМТ – 19). Тахикардия 96 в минуту. Артериальное давление (АД) – 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белесоватым налетом. Живот при осмотре симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации – мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Перистальтика ослаблена. Печень на 8 см выступает из-под реберной дуги. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Ректально: на перчатке следы кала коричневого цвета. Для дообследования и лечения больной помещен в реанимационный зал. Результаты: Нб – 93 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$, лейкоциты – $11,8 \times 10^9$, СОЭ – 40 мм/ч, МНО – 1,28, фибриноген – 3,01, АЧТВ – 29,5; ультразвуковое исследование – признаки гепатоспленомегалии, диффузных изменений печени, поджелудочной железы, деформации желчного пузыря. Фиброгастродуоденоскопия – желудок резко увеличен в размерах, атоничен, в просвете слизь с при-

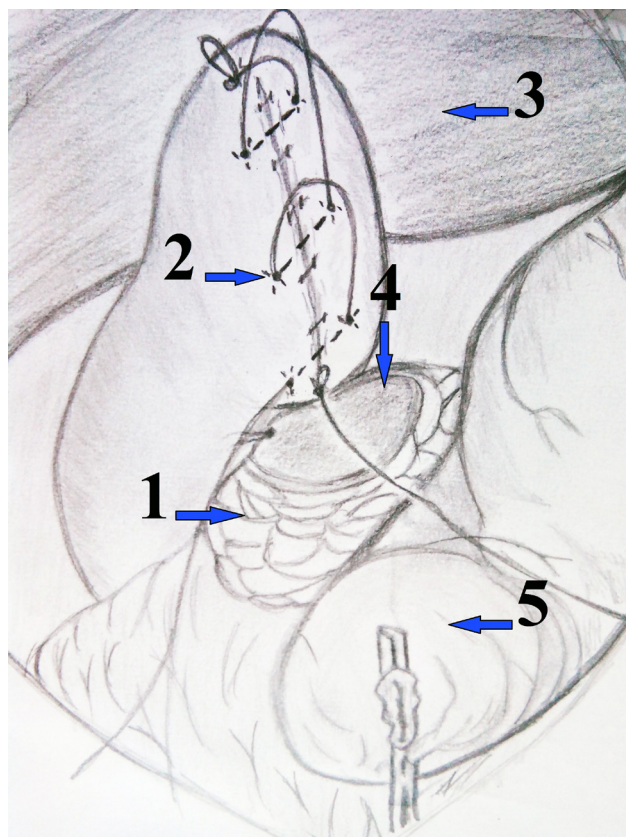


Рис. 2. Схема операции. Наложение 2-го ряда швов:

1 – ткань поджелудочной железы; 2 – второй уровень непрерывного шва на культе ДПК; 3 – край правой доли печени; 4 – дно язвенного кратера, пенетрирующего в головку поджелудочной железы; 5 – мобилизованный и подлежащий резекции желудок

Fig. 2. Scheme of operation. Overlapping the 1st row of sutures:

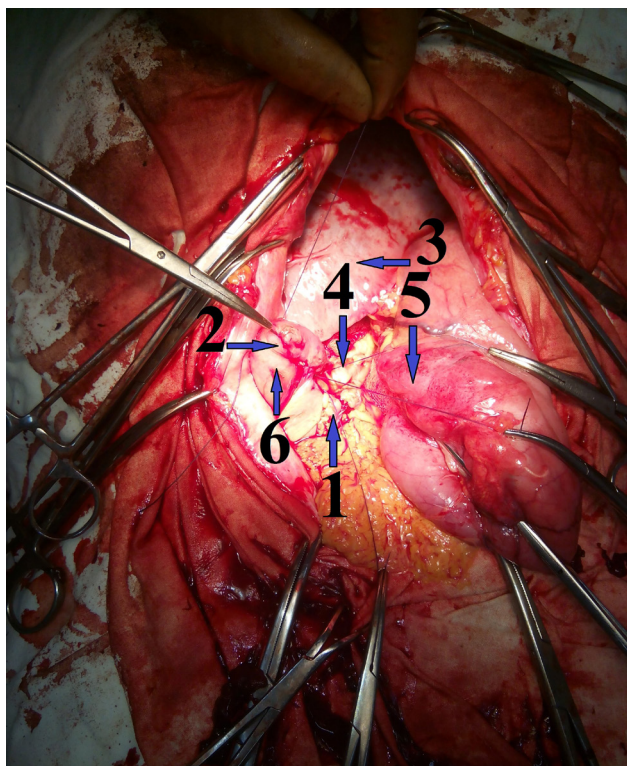
1 – pancreatic tissue; 2 – the second row of a continuous suture on a duodenum stump; 3 – the edge of the right lobe of the liver; 4 – fundus of the ulcer crater penetrating into the head of the pancreas; 5 – mobilized stomach in preparation for resection

месью лизированной крови, пилородуоденальная зона рубцово деформирована, пилорический канал зияет. На задней стенке луковицы ДПК язвенный кратер размером 3,0×4,0 см, занимающий $\frac{2}{3}$ диаметра просвета кишки, дно язвы покрыто налетом фибрина с вкраплениями гематина, пройти аппаратом в постбульбарный отдел не удалось из-за выраженной постязвенной рубцово-воспалительной деформации с формированием стенотического кольца. Уреазный тест положительный. Заключение: «Гигантская "низкая" язва двенадцатиперстной кишки. Состоявшееся кровотечение из язвы (Forest 2a). Стеноз выхода из желудка». Выполнен превентивный эндоскопический гемостаз аргонплазменной коагуляцией.

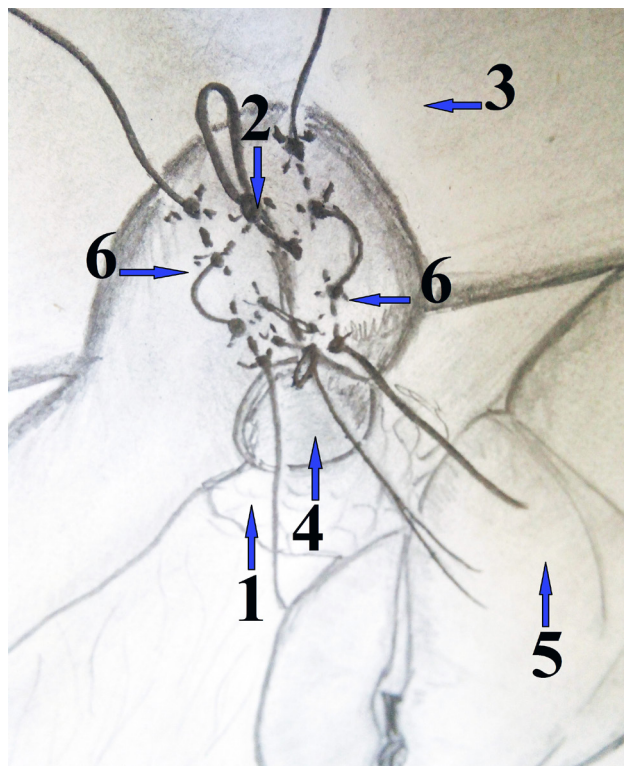
Клинический диагноз: «Гигантская язва двенадцатиперстной кишки. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение (K26.4). Постгеморрагическая анемия средней степени тяжести. Декомпенсированный стеноз выхода из желудка».

Сопутствующий диагноз: «Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением персистентной генерализованной лимфаденопатией (B23.1). Хронический вирусный гепатит С. Клинико-биохимическая активность 1 ст. (B18.2)».

Больной госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии для консервативного лечения в объеме



а



б

Рис. 3. Интраоперационное фото (а); схема (б): 1 – ткань поджелудочной железы; 2 – второй уровень непрерывного шва на культе ДПК; 3 – край правой доли печени; 4 – дно язвенного кратера, пенетрирующего в головку поджелудочной железы; 5 – мобилизованный и подлежащий резекции желудок; 6 – третий ряд швов, формирующих культю ДПК

Fig. 3. Intraoperative photo (a); scheme (b): 1 – pancreatic tissue; 2 – the second row of a continuous suture on a duodenum stump; 3 – the edge of the right lobe of the liver; 4 – fundus of the ulcer crater penetrating into the head of the pancreas; 5 – mobilized stomach in preparation for resection; 6 – the third row of stitches forming the duodenum stump

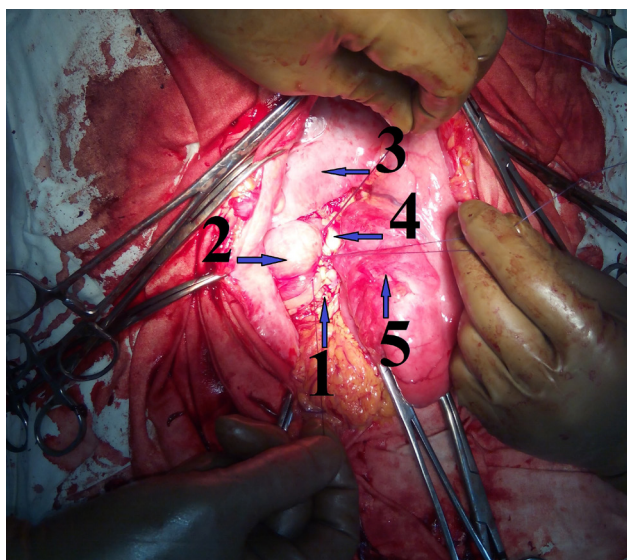


Рис. 4. Интраоперационное фото после завязывания швов:

1 – ткань поджелудочной железы; 2 – сформированная «ручная» культя ДПК после затягивания и связывания нитей; 3 – край правой доли печени; 4 – дно язвенного кратера, пенетрирующего в головку поджелудочной железы; 5 – мобилизованный и подлежащий резекции желудок

Fig. 4. Intraoperative photo after stitching:

1 – pancreatic tissue; 2 – formed «manual» duodenum stump after tightening and binding of the threads; 3 – the edge of the liver; 4 – fundus of the ulcer crater penetrating into the head of the pancreas; 5 – mobilized stomach in preparation for resection

предоперационной подготовки к оперативному вмешательству по срочным показаниям.

При рентгеноскопии желудка от 02.03.2018 г. – признаки декомпенсированного стеноза выхода из желудка.

На фоне проводимой интенсивной терапии 04.03.2018 г. в 20.40 у пациента появились признаки рецидива кровотечения (по желудочному зонду темная кровь, тахикардия, падение АД до 80/40 мм рт. ст.), выставлены показания к экстренной операции по жизненным показаниям.

04.03.2018 г. в 21:00 проведена операция: верхнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в просвете около 500 мл светло-желтой асцитической жидкости, печень +10 см, поверхность неоднородно бугристая с цирротическими изменениями, селезенка 25×10 см. Желудок значительно увеличен в размерах, стенка утолщена, пилорус проходим, сразу за пилорусом определяется рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК, в кишке темная кровь.

Продольная дуоденотомия, $\frac{3}{4}$ диаметра просвета кишки представлены язвенным поражением с двумя глубокими кратерами: 2,0 см в области головки поджелудочной железы и гепатодуоденальной связки. Из язвы на задней стенке отмечается диффузное подтекание крови – остановлено прошиванием. По аборальному краю язвы сформировавшееся стенотическое кольцо, сужающее просвет кишки до 0,3 см. Произведена мобилизация желудка по большой и малой кривизне до коротких желудочных сосудов. Правые желудочные сосуды, правые и левые желудочно-сальниковые сосуды и нисходящая ветвь левой желудочной артерии лигированы. Головка поджелудочной железы уплотнена за счет явлений ульцерогенного панкреатита. ДПК выделена из рубцовых сращений,

дополнительно мобилизована по Кохеру. Желудок отсечен от ДПК. Произведена экстерриторизация язвенных кратеров, с мукоклазией остатков слизистой. Культя ДПК сформирована двухуровневым непрерывным швом (рис. 1; 2) с фиксацией третьим рядом к капсуле железы (рис. 3; 4) [6].

Произведена резекция $2/3$ желудка по Бильрот-2, в модификации Гофмейстера – Финстерера. Мобилизован и низведен дуоденоюнальный переход (операция Стронга). Выполнен ручной гастроеюноанастомоз на короткой петле с формированием шпоры. Послеоперационный период протекал гладко, послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан домой на 12-е сутки после операции. Амбулаторно наблюдался у хирурга по месту жительства. АРВТ назначена с 29.05.2018 г. по схеме: Ламивудин 300 мг 1 раз в сутки, Тенофовир 300 мг 1 раз в сутки, Эфавиренз 600 мг 1 раз в сутки. Через 4 месяца после операции: пациент увеличил вес на 5 кг, на ФГДС: умеренно выраженный гастрит культуры.

Обсуждение. Я. С. Циммерман [7], наряду с другими исследователями, отмечает значительную роль вторичного иммунодефицита в патогенезе язвенной болезни [7]. Наличие комбинированной формы вторичного иммунодефицита с преимущественным угнетением Т-клеточного звена иммунитета, а также неэффективность процессов дезинтеграции микробного антигена в фагоцитирующих клетках позволяет считать, что НР-инфекция приобретает повышенную агрессивность на фоне иммунодефицита и играет значительную роль в язвообразовании. Стертость же клинических проявлений язвенной болезни у рассматриваемой категории пациентов способствует поздней обращаемости, чаще на этапе осложненных форм (перфорация, кровотечение, стеноз). Этими фактами, а также низким уровнем комплаенса можно объяснить поступление нашего пациента в стадии декомпенсированного постязвенного стеноза. Пенетрация язвенного кратера в головку поджелудочной железы (фактическое отсутствие задней стенки луковицы ДПК) не позволяет сформировать культю ДПК аппаратным швом и требует «ручных» приемов закрытия орального сегмента кишки [8]. Как отмечают многие авторы [9, 10], процесс заживления ран у ВИЧ-инфицированных пациентов отличается повышенным риском развития неинфекционных осложнений в виде несостоятельности и расхождения. Причиной тому служит комплексное негативное воздействие вируса иммунодефицита на организм пациента, влекущее за собой нарушение процессов обмена веществ и замедление репаративной регенерации. Использование двухуровневого непрерывного шва, минимально влияющего на архитектуру интрамуральных сосудов проблемной зоны, позволили избежать у нашего пациента несостоятельности культуры ДПК [6].

Выводы. Клинические проявления осложненной язвы двенадцатиперстной кишки у больных гепатитом В и С, ВИЧ менее выражены, что связано с вирусным поражением печени, угнетением иммунной системы и повышенной агрессив-

ностью НР-инфекции. Примененный способ формирования «трудной» культуры ДПК при гигантской осложненной пилородуоденальной язве является воспроизводимым и позволяет минимизировать вероятность несостоятельности швов.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ладная Н. Н. и др. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2016 г. // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Женщины и ВИЧ: Материалы междунаро. науч.-практ. конф. СПб., 2017. С. 3–9.
2. Яппаров Р. Г., Габитова Г. Р. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Башкортостан в 2015 году // Журнал инфектол. 2016. Т. 8, № 4. С. 31–36.
3. Беляков Н. А. Вопросы эпидемиологии и моделирования ВИЧ-инфекции: медицинский тематический архив / под ред. Н. А. Белякова, В. В. Розенталя, В. В. Рассохина, Т. Н. Виноградовой. СПб.: Балт. мед. образоват. центр, 2015. 368 с.
4. ЮНЭЙДС. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа в 2013 году. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_ru.pdf (дата обращения 26.06.2018).
5. Динамика и структура смертности больных ВИЧ-инфекцией в Сибирском федеральном округе в 2006–2015 гг. / О. А. Пасечник, Л. И. Левакина, А. Т. Тюменцев, Н. Д. Пиценко // Журнал инфектол. 2017. Т. 9, № 2. С. 86–92.
6. Патент на изобретение № 2460474 РФ от 10.09.2012 Способ формирования культуры двенадцатиперстной кишки при гигантской циркулярной осложненной язве / Ю. Т. Цуканов, В. Н. Никитин, А. И. Николайчук. URL: <http://allpatents.ru/patent/2460474.html> (дата обращения 26.06.2018).
7. Циммерман Я. С. Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии. М.: Медпресс-информ, 2013. 244 с.
8. Никитин В. Н., Клипач С. Г. «Трудная» культя при осложненных гигантских пенетрирующих пилородуоденальных язвах // Новости хир. 2017. Т. 25, № 6. С. 574–582.
9. Дрогин А. Р., Нелин Н. И., Хорошков С. Н. Особенности заживления послеоперационной раны у ВИЧ-инфицированных пациентов травматологического профиля // Кафедра травматол. и ортопедии. 2016. № 3(19). С. 50–57.
10. Li X, Zhang Q, Zhao C and Zhao R. Wound Complications in HIV-Positive Male Patients with Fractures after Operation // Austin. J HIV/AIDS Res. 2014. Vol. 1, № 1. P. 3.

REFERENCES

1. Ladnaya N. N., Pokrovskii V. V., Dement'eva L. A., Lipina E. S. Development of HIV-infection epidemic in Russian Federation in 2016 Materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Aktual'nye voprosy VICH-infektsii. Zhenshchiny i VICH», SPb., 2017:3–9. (In Russ.).

2. Yapparov R. G., Gabitova G. R. Epidemiological situation on HIV infection in the Republic of Bashkortostan in 2015. *Jurnal infektologii*. 2016;8(4):31–36. (In Russ.).
3. Voprosih ehpidemiologii i modelirovaniya VICH-infekcii: medicinskiy tematicheskij arkhiv (Questions of epidemiology and modeling of HIV infection). SPb., Baltiyskiy medicinskiy obrazovatel'nyy centr, 2015:368. (In Russ.).
4. YuNEJDS. Doklad o global'noj epidemii SPIDa v 2013 godu. Available at: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_ru.pdf (accessed 26.06.2018). (In Russ.).
5. Pasechnik O. A., Levahina L. I., Tyumentsev A. T., Pitsenko N. D. Dynamics and structure of mortality of patients with HIV infection in the Siberian federal district in 2006–2015. *Jurnal Infektologii*. 2017;9(2):86–92. (In Russ.).
6. Patent № 2460474 RF on 10.09.2012. Method of forming stump duodenal ulcer in a giant circular complicated ulcer. Tsukanov Ju. T., Nikitin V. N., Nikolajchuk A. I. Available at: <http://allpatents.ru/patent/2460474.html/> (accessed 26.06.2018). (In Russ.).
7. Tsimmerman J. S. Unsolved and Debatable Issues of Modern Gastroenterology. Moscow, Medpress-Inform, 2013:244. (In Russ.).
8. Nikitin V. N., Klipach S. G. «Difficult» Stump in Complicated Giant Penetrating Pyloroduodenal Ulcers. *Novosti Khirurgii*. 2017;25(6):574–582. (In Russ.).
9. Drogin A. R., Nelin N. I., Khoroshkov S. N., Wound complications in HIV-positive patients with fractures after operation. The Department of Traumatology and Orthopedics. 2016;(3(19)):50–57. (In Russ.).
10. Li X., Zhang Q., Zhao C. and Zhao R. Wound Complications in HIV-Positive Male Patients with Fractures after Operation. *Austin J. HIV/AIDS Res*. 2014;1(1):3.

Сведения об авторах:

*Полуэктов Владимир Леонидович** (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9395-5521>, e-mail: pvlomsk@mail.ru), д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии; *Назарова Ольга Ивановна*** (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8944-2168>, e-mail: oinazarova@mail.ru), канд. мед. наук, главный врач, врач высшей категории; *Никитин Вячеслав Николаевич**** (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7250-9266>, e-mail: nikitin-1966@inbox.ru), канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии, урологии; *Клипач Сергей Григорьевич**** (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5679-6448>, e-mail: sergeiklipach@mail.ru), зав. отделением хирургии; *Ситникова Валентина Михайловна** (ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2239-6072>, e-mail: sitnikova.v.m@mail.ru), канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской хирургии, урологии; * Омский государственный медицинский университет, 644043, Россия, г. Омск, ул. Ленина, д. 12; ** Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Омск, Россия; *** Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2, г. Омск, Россия.