

© В. И. Малов, Т. В. Скажутина, 2015  
УДК 616.831-006+616.33-002.44-06:616.334-007.271-089:[546.293:533.9]

В. И. Малов<sup>1</sup>, Т. В. Скажутина<sup>2</sup>

## УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИОНИЗИРОВАННОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМОЙ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» (ректор — проф., засл. врач РФ А. В. Говорин); <sup>2</sup> ГУЗ «Краевая клиническая больница» (главврач — В. А. Шальнев), г. Чита

**Ключевые слова:** *аргоноплазменная коагуляция, стеноз привратника*

**Введение.** Метод воздействия на ткани ионизированной аргоновой плазмы появился в начале 90-х годов. Это метод монополярной высокочастотной хирургии, когда ток высокой частоты передается на субстрат с помощью электропроводящего газа — аргона. Выходящая струя плазмы образует облако, находящееся под напряжением до такой степени, что между наконечником зонда и тканью возникает плазменная дуга. Посредством этой дуги энергия тока передается на подлежащий лечению участок ткани.

Кроме традиционного использования аргоноплазменной коагуляции для остановки кровотечений [1, 2, 4, 6–8, 9], начато применение метода для лечения рубцовых сужений пищевода и желудка различной этиологии [3, 5, 6, 8], что связано с эффектом растяжения тканей под воздействием ионизированной аргоновой плазмы. Особенно важно использовать возможности этого метода у пациентов, имеющих различные противопоказания к оперативному лечению. К таковым относятся возраст больных, сопутствующие болезни сердечно-сосудистой системы, истощение. Приводим одно из таких наблюдений.

Больная Б., 67 лет, поступила 23.12.2013 г. в отделение общей хирургии Краевой клинической больницы (ККБ) г. Читы с жалобами на боли в эпигастральной области без

четкой связи с приемом пищи, рвоту через некоторое время после приема пищи, облегчающую состояние, похудание. Язвенной болезнью страдает с 1995 г., 1–2 раза в год заболевание обострялось, проходила курсы лечения амбулаторно, а в октябре 2013 г. — стационарно в ККБ. В начале декабря 2013 г. стали беспокоить ноющие боли в эпигастрии, присоединилась рвота давно съеденной пищей, стала терять в массе тела, в связи с чем направлена в ККБ. Из анамнеза жизни выяснено, что больная перенесла инфаркт миокарда в августе 2013 г., страдает стабильной стенокардией II функционального класса, гипертонической болезнью III стадии, II степени, риск 4. Наблюдается у невролога около 40 лет по поводу менингиомы теменной области (проявляется частыми головными болями, редкими приступами эпилепсии). Нефрэктомия справа в 1990 г. (по поводу мочекаменной болезни), холецистэктомия в 1995 г. (по поводу калькулезно-го холецистита).

Общее состояние больной было средней тяжести. Ввиду ослабленного состояния больной и наличия многочисленных противопоказаний к оперативному лечению, у пациентки решено применить эндоскопический метод лечения ионизированной аргоновой плазмой.

Воздействие аргоновой плазмы выполняли аргоно-плазменным коагулятором «KLS martin ME MB1» (Германия). Для этого проводили от источника высокочастотного напряжения через инструментальный канал гастрофиброскопа фирмы «Олимпус» зонд-аппликатор немецкой фирмы «ERBE», длиной 200 см, диаметром 2,2 мм, с торцевым расположением сопла. Зонд устроен таким образом, что в канал подачи аргона вмонтирован высокочастотный электрод. За 30 мин до проведения эндоскопического исследования пациентке выполнили стандартную премедикацию: внутримышечно ввели 2% раствор промидола 1 мл; 0,05% сибазона 2 мл; 0,1% метацина 4 мл.

### Сведения об авторах:

Малов Виктор Игоревич (e-mail: [victor.maloff@yandex.ru](mailto:victor.maloff@yandex.ru)), ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», 672090, г. Чита, ул. Горького, 39а;

Скажутина Татьяна Валерьевна (e-mail: [lidiya-skajutina@rambler.ru](mailto:lidiya-skajutina@rambler.ru)), ГУЗ «Краевая клиническая больница», 672038, г. Чита, ул. Коханского, 7

Для непосредственного воздействия на ткани зонд-аппликатор выдвигали на 5–10 мм из канала фиброскопа и располагали в 5–8 мм от поверхности слизистой оболочки. При объемной скорости подачи аргона 1 л/мин и электрической мощности 60 Вт производили действие плазменной дуги на ткань 4–5 импульсами по несколько секунд каждый и сочетали с бужированием фиброскопом с постепенным увеличением толщины эндоскопа с 0,6 до 1,2 см. Первое эндоскопическое исследование выполнено 24.12.2013 г., во время него выявлено, что желудок больших размеров, заполнен жидкостью, слизистая оболочка с эрозиями, гиперемирована. Привратник сужен до точечного отверстия, непроходим для эндоскопа. Проведен первый сеанс лечения аргоновой плазмой 25.12.2013 г. После второго сеанса лечения эндоскоп с трудом удалось провести в луковичку двенадцатиперстной кишки, выявлен язвенный дефект 0,4 см в диаметре. В последующие 2 дня вновь проведены сеансы лечения в сочетании с бужированием. При рентгенологическом исследовании (от 27.12.2013 г.) было найдено сужение желудка в антральном отделе до 1 см. В дальнейшем проведено еще 7 сеансов лечения. У пациентки восстановился аппетит, исчезли боли и рвота, стала нарастать масса тела. При повторной рентгеноскопии желудка задержки содержимого в желудке не отмечается, эвакуация порционная. Контрольное эндоскопическое исследование выявило, что воспаление слизистой оболочки в зоне привратника купировано, он проходим для эндоскопа диаметром 1,2 см, привратник дилатирован до 1,3 см. Общее состояние больной стало удовлетворительным. После неврологического обследования пациентка переведена в отделение нейрохирургии для планового оперативного лечения менингиомы теменной области головного мозга.

Таким образом, у пациентки с декомпенсированным стенозом привратника и многочисленными противопоказаниями к оперативному его лечению с помощью воздействия ионизированной аргоновой плазмы в сочетании с бужированием удалось достигнуть перехода стеноза в субкомпенсированное состояние, улучшения общего состояния, что дало возможность перевода пациентки в отде-

ление нейрохирургии для проведения планового хирургического лечения опухоли головного мозга.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аванесян А. А. Возможности применения метода аргоноплазменной коагуляции в «гибкой» эндоскопии при лечении новообразований желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиальной системы: Дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2006. 116 с.
2. Кувшинов Ю. П., Поддубный Б. К., Ефимов О. Н. и др. Эндоскопическая хирургия опухолевых и послеоперационных стенозов у больных раком пищевода и желудка // *Соврем. онкол.* 2000. № 3. С. 72–78.
3. Малов В. И., Скажуткина Л. Н., Мусорина В. П., Заворыкина Л. Ю. Варианты использования метода аргоноплазменной коагуляции в лечении болезней пищевода и желудка // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения: Материалы одиннадцатой Восточно-Сибирск. гастроэнтерол. конф. с междунар. участием (24–27 мая 2011 г., г. Иркутск) и Забайкальск. конф. «Актуальные проблемы гастроэнтерологии» (27–28 мая 2011 г., г. Чита). Иркутск–Чита, 2011. С. 42–46.
4. Музыка С. В., Винницкая А. Б., Федосеева А. В. Возможности эндоскопической аргоноплазменной коагуляции // *Онкология.* 2008. № 3. С. 345–349.
5. Мусорина В. П., Малов В. И., Скажуткина Л. Н., Заворыкина Л. Ю. К вопросу о расширении возможностей использования метода аргоноплазменной коагуляции в лечении болезней пищевода и желудка // *Забайкальск. мед. журн.* 2011. № 3. С. 72–75.
6. Никишаев В. И., Фомин П. Д., Музыка С. В. Аргоноплазменная коагуляция в эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта // *Укр. журн. малоівазивної ендоскопічної хірургії.* 2003. № 3. С. 24–25.
7. Johans W., Luis W., Jannsen J. et al. Argon plasma coagulation (APC) in gastroenterology: experimental and clinical experiences // *Eur. J. Gastroenterol-Hepatol.* 1997. Vol. 19, № 6. P. 581–587.
8. Vargo J. J. Clinical applications of the argon plasma coagulator // *Gastrointest. Endosc.* 2004. Vol. 59. P. 81–88.
9. Wahab P., Mulder C., den Hartog G., Thies J. Argon plasma coagulation in flexible gastrointestinal endoscopy: pilot experiences // *Endoscopy.* 1997. Vol. 29. P. 176–181.

Поступила в редакцию 14.08.2014 г.