СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ «ОСТАТОЧНОГО» ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ ROUX-EN-Y

© М.К. Рыжов, П.С. Зубеев, Н.С. Грекова, В.И. Васянкин*

Городская больница №33, Нижний Новгород, Россия

Острое кровотечение из язвы «остаточного» желудка является исключительно редким осложнением, особенно если оно происходит через несколько лет после бариатрической операции. Мы представляем случай лечения пациента с кровоточащей язвой «остаточного» желудка, возникшей через 6 лет (с 2013 по 2019) после гастрошунтирования Roux-en-Y (Roux-en-Y Gastric Bypass – RYGB), выполненной по поводу морбидного ожирения. Пациент был экстренно госпитализирован в хирургическое отделение с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, по данным фиброэзофагогастроскопии при поступлении источников кровотечения в осмотренных отделах не найдено. На фоне консервативного лечения отмечено улучшение состояния, однако на 5-й день госпитализации возникли клинические проявления рецидива кровотечения, при этом повторно выполненное экстренное эндоскопическое исследование источников также не выявило. В связи с этим было принято решение о выполнении оперативного вмешательства для осмотра «остаточного» желудка. С помощью лапароскопической трансгастральной гастродуоденоскопии нам удалось обнаружить источник активного кровотечения в исключенном из пищеварения желудке – кровоточащую язву в области малой кривизны. Было выполнено удаление этого желудка с хорошим послеоперационным восстановлением: пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение, в настоящее время чувствует себя хорошо, вернулся к работе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: клинический случай; бариатрическая хирургия; гастрошунтирование; язва желудка; кровотечение; морбидное ожирение.

CASE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF CHRONIC GASTRIC REMNANT HAEMORRHAGIC ULCER AFTER ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS

© Mikhail K. Ryzhov, Pavel S. Zubeev, Nataliya S. Grekova, Vladimir I. Vasyankin*

City hospital No. 33, Nizhny Novgorod, Russia

Acute bleeding from a gastric remnant ulcer is an exceptionally rare complication, especially if it occurs several years after bariatric surgery. We present a case of a patient with a bleeding gastric remnant ulcer that occurred 6 years (2013–2019) after the Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) performed for morbid obesity. The patient was urgently hospitalized in the surgical department with the clinic of gastrointestinal bleeding, according to fibroesophagogastroscopy, no sources of bleeding were found in the examined departments. On the background of conservative treatment, there was an improvement in the condition, but on the fifth day of hospitalization there was a clinic of recurrence of bleeding, while repeated emergency endoscopic examination of the sources also did not reveal. In this regard, it was decided to perform surgery to examine the «residual» stomach. With the help of laparoscopic transgastric gastroduodenoscopy, we were able to detect the source of active bleeding in the stomach excluded from digestion - a bleeding ulcer in the area of small curvature. The removal of this stomach was performed with a good postoperative recovery: the patient was discharged in a satisfactory condition for outpatient treatment, currently feels well, returned to work.

KEYWORDS: clinical case; bariatric surgery; gastric bypass; stomach ulcer; hemorrhage; morbid obesity.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ожирение в целом описывается Всемирной организацией здравоохранения как глобальная неинфекционная эпидемическая проблема с растущей распространенностью. Бариатрическая хирургия была определена как безопасная и эффективная возможность лечения морбидного ожирения и сопутствующих заболеваний [1]. Увеличение количества бариатрических операций в мире неизбежно приводит к увеличению частоты возникновения ранних и особенно поздних послеоперационных осложнений. Лапароскопическое гастрошунтирование Roux-en-Y – стандартная операция в бариатрической хирургии, которая является эффективным методом снижения веса, а также лечения сахарного диабета 2 типа, дислипидемии и гипертонии у пациентов с морбидным ожирением [1]. Одним из основных недостатков операции является отсутствие традиционного эндоскопического доступа к «остаточному» желудку, в связи с чем возникает необходимость в оперативной трансгастральной эндоскопии при подозрении на патологию в этом отделе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author.

© Endocrinology Research Centre, 2020
Received: 12.12.2019. Accepted: 09.04.2020.
CC BY NC ND

В англоязычной литературе есть данные об острых осложнениях язв «остаточного» желудка и двенадцатиперстной кишки в отдаленные сроки после RYGB (Roux-en-Y Gastric Bypass), таких как перфорация и кровотечение, при этом большинство из них являются редкими случайными находками, обнаруженными во время неотложных хирургических вмешательств. Имеется ретроспективный анализ 3000 наблюдений за пациентами в отдаленном периоде после RYGB, и только у 8 пациентов (0,3%) было язвенное кровотечение в «остаточном» желудке и двенадцатиперстной кишке [2].

Мы сообщаем о случае потенциально смертельного кровотечения из язвы «остаточного» желудка, возникшего через 6 лет после RYGB.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациент А., 50 лет, поступил в ГБУЗ НО «Городская больница №33» 04.04.2019 г. экстренно после эпизода кровотечения из верхних отделов ЖКТ, проявляющегося слабостью и меленой. Употребление табака и нестероидных противовоспалительных препаратов отрицает. Более 15 лет назад пациента стали беспокоить одышка при привычной физической нагрузке, выраженный физический и психологический дискомфорт, ограничение физической активности в связи с избыточной массой тела (рост 180 см, вес 152 кг, дооперационный индекс массы тела 47 кг/м^2). В 2013 г. пациенту была проведена лапароскопическая операция RYGB, потеря избыточной массы тела за эти годы составила 54%, что оценивается как хороший результат [3]. В настоящую госпитализацию рост 180 см, вес 115 кг. Из анамнеза выяснено, что с января 2019 г. пациента беспокоят боли в эпигастральной области, купирующиеся самостоятельно, слабость, периодический черный жидкий стул. С 17.01 по 29.01.2019 г. проходил стационарное лечение в ГБ №33 с диагнозами «острый панкреатит», «железодефицитная анемия средней степени тяжести», выписан с улучшением на амбулаторное лечение. Дома принимал препараты железа непостоянно. Ухудшение состояния в виде нарастания слабости, эпизодов мелены отметил за 7 суток до настоящей госпитализации. При поступлении пациенту была проведена экстренная фиброгастродуоденоскопия: 2 поверхностные язвы культи желудка, без признаков кровотечения. Лабораторно уровень гемоглобина 56 г/л, эритроцитов 2,17×10^{12}/л, гематокрита 15%. Начатое консервативное лечение включало: гемотрансфузии, инфузионную терапию, витамины группы В, парентеральное введение блокаторов протонной помпы и препаратов железа. На фоне положительной динамики лечения на 5-й день госпитализации у пациента возникли тахикардия, гипотония и мелена. Выполнено повторное эндоскопическое исследование – в доступной осмотру части желудка источника кровотечения не найдено. Дальнейшее лечение продолжено в условиях ОРИТ, где на фоне интенсивной терапии состояние пациента было стабилизировано. В связи с указанной клинической картиной рецидива кровотечения из верхних отделов ЖКТ выставлены показания к лапароскопической трансгастральной эндоскопии для исследования «остаточного» желудка и двенадцатиперстной кишки. Операция проводилась в условиях чистой операционной двумя бригадами хирургов с использованием двух эндоскопических стоек (рис. 1). Под комбинированной ингаляционной анестезией с искусственной ингаляцией легких через 1 см разрез в правой подреберной области иглой Вереша наложен карбоксиперитонеум 12 мм рт.ст., через рану установлен 10-мм порт, введен лапароскоп. В левой

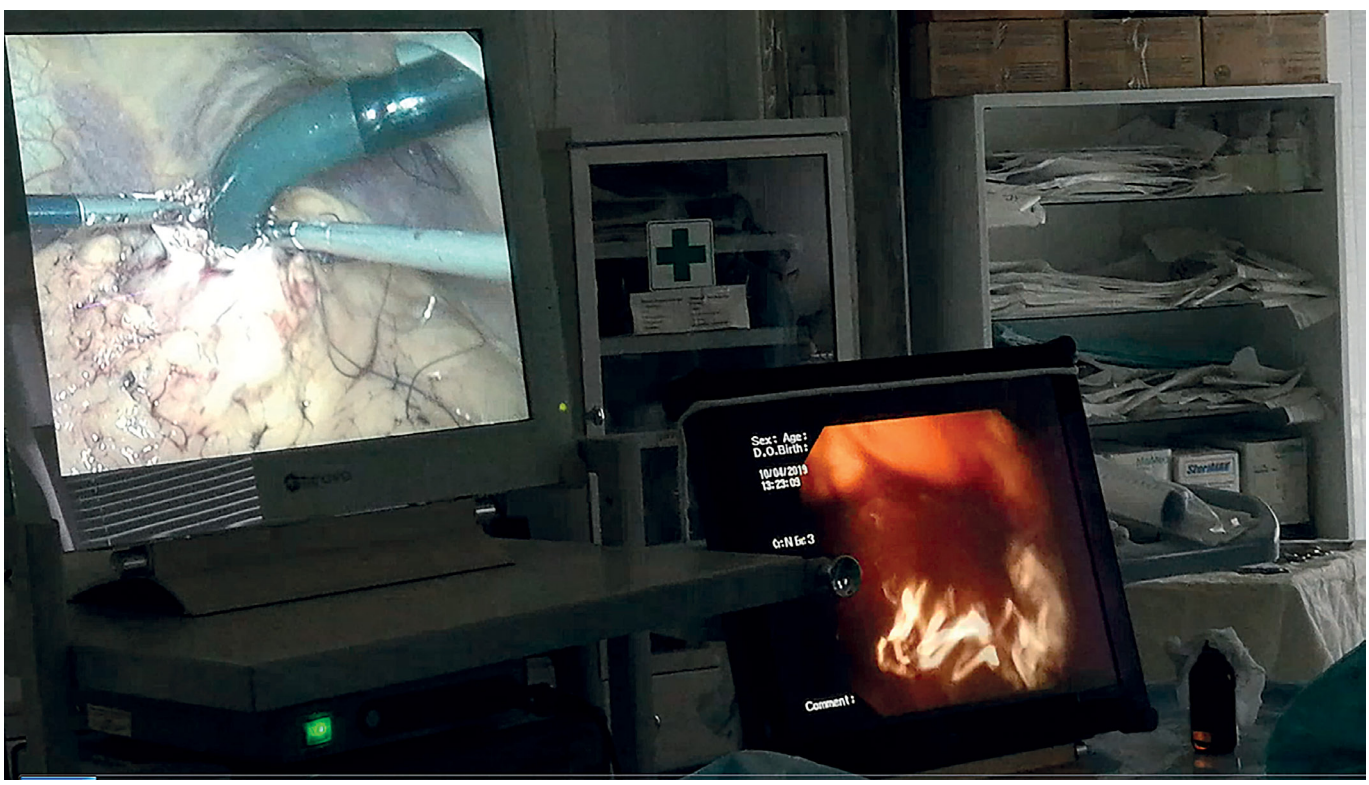

Рисунок 1. Вид операционной

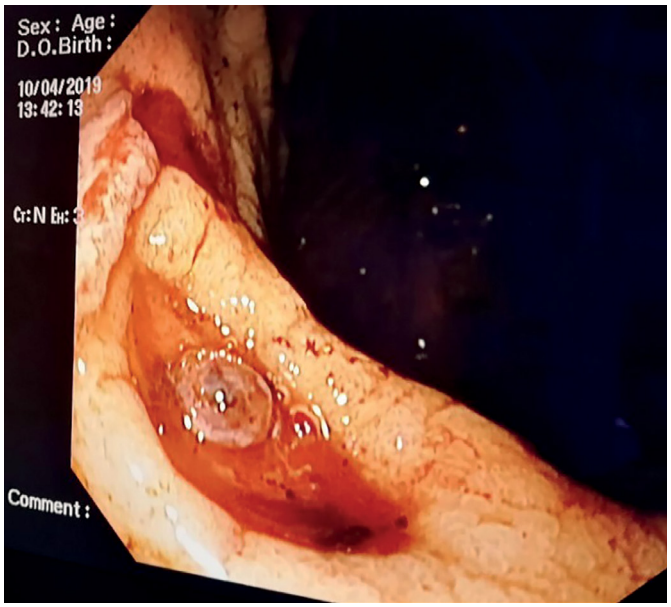

Рисунок 2. Интраоперационная эндоскопическая картина: язва угла желудка, в дне которой – тромбированный сосуд

подреберной области, левой мезогастральной области и на 4 см выше пупочного кольца по средней линии установлены 12-, 5- и 10-мм порты. При осмотре брюшной полости в петлях тонкого и толстого кишечника – темная кровь. Рассечены многочисленные спайки в левом подреберье между печенью, сальником, оперированным ранее желудком. На переднюю стенку «остаточного» желудка наложен кисетный шов, в центре которого выполнена гастротомия. Установленный 12-мм порт проведен через это отверстие в желудок, отсосом эвакуировано до 50 мл кровяных сгустков из желудка, после чего через порт в желудок введен фиброгастродуоденоскоп с последующим затягиванием кисетного шва. При осмотре на малой кривизне желудка в области его угла выявлена хроническая язва диаметром до 2 см, в дне которой имелся тромбированный сосуд (Forrest IIA) (рис. 2). В основу дальнейшей тактики лег принцип надежного и гарантированного гемостаза на ближайшую и отдаленную перспективу, что могло быть осуществлено исключительно путем полного устранения источника кровотечения, т.е. удаления «остаточного» желудка. Произведена попытка лапароскопической его мобилизации, которая оказалась технически невозможной из-за массивного рубцово-спаечного процесса под левой долей печени. Выполнены конверсия путем верхнесрединной лапаротомии, удаление желудка с луковицей двенадцатиперстной кишки, стандартное укрытие культи двенадцатиперстной кишки, дренирование брюшной полости (рис. 3). Послеоперационный период протекал без осложнений, с выпиской из больницы на 9-й день после операции на амбулаторное лечение к хирургу поликлиники по месту жительства с рекомендациями: ограничение физических нагрузок и ношение послеоперационного бандажа в течение 3 месяцев, прием препаратов железа. Гистологическое исследование препарата подтвердило доброкачественную природу язвы. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, вернулся к работе.

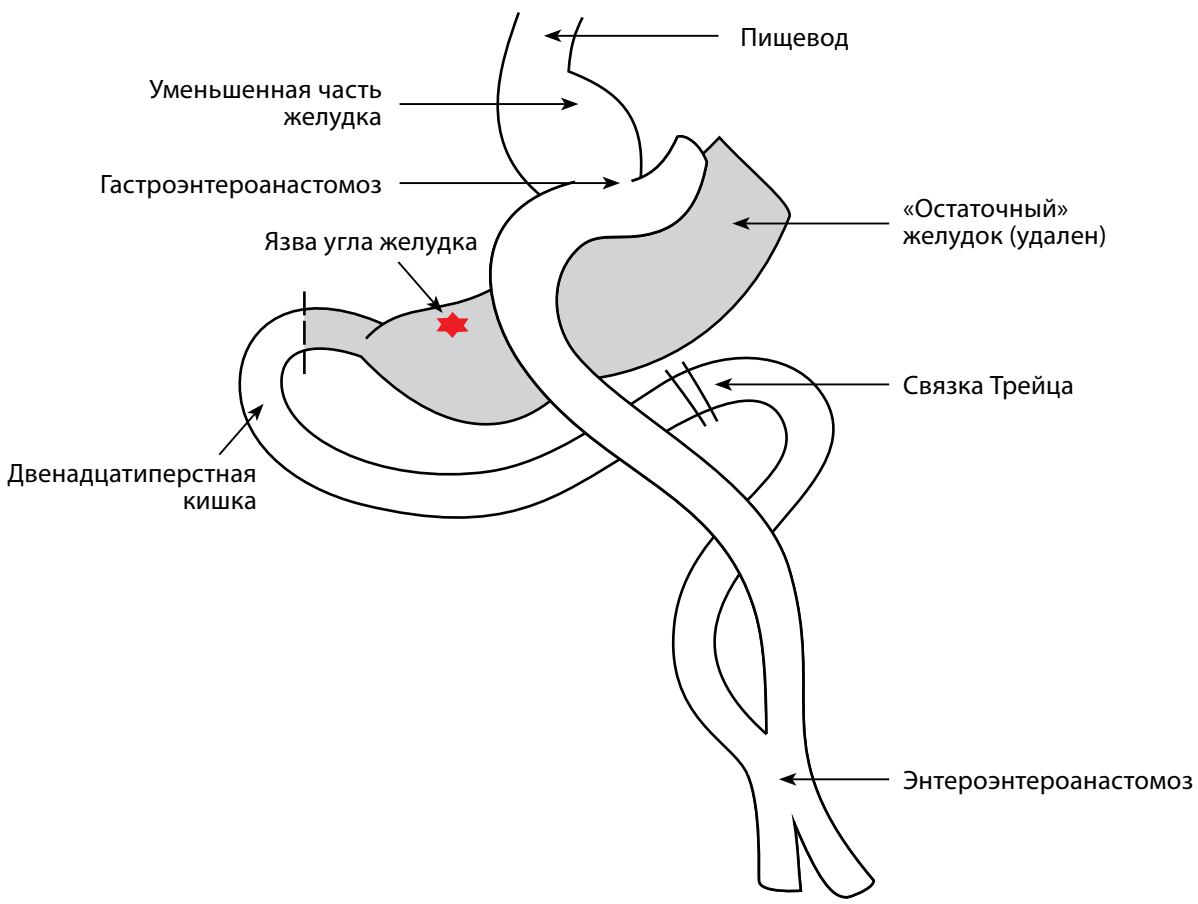

Рисунок 3. Принципиальная схема операции

ОБСУЖДЕНИЕ

Поздние кровотечения из верхних отделов ЖКТ после RYGB происходят в основном из пептических язв гастроэнтероанастомоза с частотой от 0,6% до 16% [4]. К счастью, такие язвы можно диагностировать и лечить с помощью стандартной эндоскопии в большинстве случаев. Напротив, кровотечение из язв дистальной части является чрезвычайно редким явлением, связанным в основном с кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки [2, 5–7]. Основной проблемой является сложный эндоскопический доступ к этим органам. Стандартная эзофагогастроскопия важна для исключения любого источника кровотечений из проксимальной части желудка, однако при этом невозможно осмотреть «остаточный» желудок и двенадцатиперстную кишку. В описанном случае выполненное при поступлении пациента эндоскопическое исследование выявило острые язвы функционирующей культи желудка без кровотечения, при этом клинически и лабораторно имели место кровотечение из верхних отделов ЖКТ и постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Таким образом, источник сразу не был установлен, а начатое консервативное лечение привело к временному гемостазу. При рецидиве кровотечения с помощью стандартной эндоскопии были повторно осмотрены пищевод, культя желудка и гастроэнтероанастомоз: патологии в указанных органах не выявлено. Оценив клинические проявления и результаты обследований, мы предположили, что источник кровотечения находится в исключенном из пищеварения желудке, и с целью его осмотра приняли решение о диагностическом оперативном вмешательстве в объеме лапароскопической трансгастральной гастродуоденоскопии. В ходе операции выявлена хроническая кровоточащая язва угла желудка. Таким образом, использование лапароскопической трансгастральной гастродуоденоскопии обеспечивает адекватную визуализацию источника кровотечения из «остаточного» желудка и двенадцатиперстной кишки [5, 8]. Помимо эндоскопии, существует несколько других диагностических инструментов, таких как мультиспиральная компьютерная томография, ангиография, радиоизотопное сканирование эритроцитов, меченных технецием-99, энтероскопия [9, 10]. Основными недостатками этих методов являются неубедительные результаты при остановившемся кровотечении и высокая стоимость, поэтому они редко используются в современной практике. С помощью лапароскопической трансгастральной эндоскопии можно успешно диагностировать и другую патологию «отключенного» желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов, перенесших гастрошунтирование, например, различные опухоли, в том числе осложненные кровотечением [11–13]. Также метод широко используется для доступа к большому дуоденальному сосочку при вмешательствах на желчных путях [14, 15]. Основным методом лечения указанных язвенных кровотечений после RYGB остается хирургическое вмешательство в виде удаления «остаточного» желудка [2, 7]. Хотя лапароскопия имеет неоспоримые преимущества перед открытым доступом, ее использование часто противопоказано в связи с нестабильной гемодинамикой пациента. Кроме того, послеоперационные спайки, как в нашем случае, могут сделать лапароскопическое вмешательство еще более сложным и трудоемким. Учитывая все это, предпочтение отдается лапаротомии. Особый интерес в плане профилактики образования язв касается приема ингибиторов протонной помпы после RYGB. Общепринятых рекомендаций по этому поводу нет, лишь некоторые хирурги рекомендуют ингибиторы протонного насоса на протяжении всей жизни для всех пациентов, перенесших операцию RYGB [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из-за растущей частоты бариатрических операций все медицинские работники должны быть знакомы с ними, так как эти вмешательства изменяют анатомию и физиологию пациента. Диагностика острых поздних послеоперационных осложнений всегда затруднена из-за скрытой симптоматики и невозможности традиционного эндоскопического доступа. В результате оперативное лечение откладывается, что может привести к опасным для жизни последствиям. Следовательно, в таких случаях показана активная тактика с решением в пользу радикальной операции, устраняющей риск любых дальнейших осложнений.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Подготовка и публикация рукописи проведены на личные средства авторского коллектива.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Участие авторов. Все авторы внесли значимый вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию статьи перед публикацией.

Согласие пациента. Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Ожирение и метаболизм».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Шестакова М.В., и др. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-ий пересмотр (лечение морбидного ожирения у взрослых). // Ожирение и метаболизм. — 2018. — Т. 15. — №1. — С. 53-70. [Dedov II, Melnichenko GA, Shestakova MV, et al. Russian national clinical recommendations for morbid obesity treatment in adults. 3rd revision (Morbid obesity treatment in adults). *Obesity and metabolism*. 2018;15(1):53-70. (In Russ.)] doi: https://doi.org/10.14341/OMET2018153-70
2. Ivanecz A, Sremec M, Ćeranić D, et al. Life threatening bleeding from duodenal ulcer after Roux-en-Y gastric bypass: Case report and review of the literature. *World J Gastrointest Endosc*. 2014;6(12):625-629. doi:10.4253/wjge.v6.i12.625
3. Яшков Ю.И., Луцевич О.Э., Никольский А.В., Бекузаров Д.К. Сравнительная оценка различных оперативных методов лечения ожирения. // Ожирение и метаболизм. — 2008. — Т. 5. — №1. — С. 31-38. [Yashkov YI, Lutsevich OE, Nikol'skiy AV, Bekuzarov DK. Comparative evaluation of different operative methods for treating obesity. *Obesity and metabolism*. 2008;5(1):31-38. (In Russ.)] doi: https://doi.org/10.14341/OMET2008131-38
4. Azagury DE, Abu Dayyeh BK, Greenwalt IT, Thompson CC. Marginal ulceration after Roux-en-Y gastric bypass surgery: characteristics, risk factors, treatment, and outcomes. *Endoscopy*. 2011;43(11):950-954. doi: https://doi.org/10.1055/s-0030-1256951

5. Issa H, Al-Saif O, Al-Momen S, et al. Bleeding duodenal ulcer after Roux-en-Y gastric bypass surgery: the value of laparoscopic gastroduodenoscopy. *Ann Saudi Med*. 2010;30(1):67-69. doi: https://doi.org/10.4103/0256-4947.59382
6. Coblijn UK, Lagarde SM, Tuynman J, et al. Delayed Massive Bleeding Two Years After Roux-en-Y Gastric Bypass. *JSLS*. 2013;17(3):476-480. doi: https://doi.org/10.4293/108680813x13693422518470
7. Patrascu S, Ponz CB, Ananin SF, Soler EMT. A delayed acute complication of bariatric surgery: Gastric remnant haemorrhagic ulcer after Roux-en-Y gastric bypass. *J Minim Access Surg*. 2018;14(1):68-70. doi: https://doi.org/10.4103/jmas.jmas_148_16
8. Ceppa FA, Gagné DJ, Papasavas PK, Caushaj PF. Laparoscopic transgastric endoscopy after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*. 2007;3(1):21-24. doi: https://doi.org/10.1016/j.soard.2006.08.018
9. Husain S, Ahmed AR, Johnson J, et al. CT Scan Diagnosis of Bleeding Peptic Ulcer after Gastric Bypass. *Obes Surg*. 2007;17(11):1520-1522. doi: https://doi.org/10.1007/s11695-008-9433-y
10. Ramaswamy RS, Choi HW, Mouser HC, et al. Role of interventional radiology in the management of acute gastrointestinal bleeding. *World J Radiol*. 2014;6(4):82-92. doi: https://doi.org/10.4329/wjr.v6.i4.82
11. Kitamura RK, Lee J, Katz LB. The Management of GI bleeding after Gastric Bypass Surgery. *Int J Surg Res Pract*. 2015;2(2):26. doi: https://doi.org/10.23937/2378-3397/1410026
12. Puri V, Alagappan A, Rubin M, Merola S. Management of bleeding from gastric remnant after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis*. 2012;8(1):e3-5. doi: https://doi.org/10.1016/j.soard.2010.08.015
13. Iranmanesh P, Manisundaran NV, Bajwa KS, et al. Management of Acute Gastric Remnant Complications After Roux-en-Y Gastric Bypass: a Single-Center Case Series. *Obes Surg*. 2020. doi: https://doi.org/10.1007/s11695-020-04537-w
14. Roberts KE, Panait L, Duffy AJ, et al. Laparoscopic-assisted transgastric endoscopy: current indications and future implications. *JSLS*. 2008;12(1):30-36.
15. Sundbom M, Nyman R, Hedenström H, Gustavsson S. Investigation of the Excluded Stomach after Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obes Surg*. 2001;11(1):25–27. doi: https://doi.org/10.1381/096089201321454060

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]:

***Васянкин Владимир Игоревич** [**Vladimir I. Vasyankin**, MD]; адрес: Россия, 603076, г. Нижний Новгород, проспект Ленина, д. 54 [address: 54 Prospekt Lenina, 603076 Nizhny Novgorod, Russia];
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4726-2094; e-mail: vvi9999@yandex.ru

Рыжов Михаил Константинович, к.м.н. [Mikhail K. Ryzhov, MD, PhD]; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8209-0817; e-mail: miryzhov@yandex.ru
Зубеев Павел Сергеевич, д.м.н., профессор [Pavel S. Zubeev, MD, Professor];
ORCID: http://orcid.org/0000-0003-0414-9104; e-mail: mlpu33@mail.ru
Грекова Наталья Сергеевна [Nataliya S. Grekova, MD]; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6935-6337; e-mail: Gretta.ns@gmail.com

*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author.

ЦИТИРОВАТЬ:

Рыжов М.К., Зубеев П.С., Грекова Н.С., Васянкин В.И. Случай успешного лечения хронической кровоточащей язвы «остаточного» желудка после гастрошунтирования Roux-en-Y // Ожирение и метаболизм. – 2020. – Т. 17. – №1. – С. 88-92. doi: https://doi.org/10.14341/omet12235

TO CITE THIS ARTICLE:

Ryzhov MK, Zubeev PS, Grekova NS, Vasyankin VI. Case of successful treatment of chronic gastric remnant haemorrhagic ulcer after Roux-en-Y gastric bypass. *Obesity and metabolism*. 2020;17(1):88-92. doi: https://doi.org/10.14341/omet12235