

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

В.И. Мидленко, Н.И. Белоногов, П.Н. Ванюшин, А.В. Смолькина, С.И. Барбашин

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. – проф. В.И. Мидленко) Института медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета,
Ульяновская городская больница скорой медицинской помощи (главрач – В.П. Демин)*

Из числа больных язвенной болезнью, находящихся под диспансерным наблюдением, в течение года теряют трудоспособность 77,9% мужчин и 82% женщин; более трети больных пользуются больничными листами повторно [3]. При этом число экстренных операций за этот же период увеличивается в 2–3 раза, следовательно, и операционная летальность значительно возрастает [2, 3]. Одно из самых грозных осложнений данного заболевания – это кровотечение. Именно язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК) приводят к наиболее высокому проценту летальности. Успехи лечения данной патологии, безусловно, связаны с возможностями консервативной остановки кровотечения. Эффективное консервативное лечение ЯГДК, в том числе с использованием эндоскопических методов, невозможно без средств, направленных на коррекцию патогенетических механизмов язвообразования.

После обнаружения в 1984 г. [7] в слизистой желудка *Helicobacter pylori* (HP) появилось весьма большое количество работ, в которых был подтвержден факт присутствия этих микробов у больных с хроническим гастритом, раком желудка, язвами желудка и двенадцатиперстной кишки [1, 4, 8]. При ЯГДК более выраженными становятся изменения клеточно-гуморального иммунитета, которые под воздействием операции могут усугубляться. Эти изменения иммунитета лежат в основе ранних послеоперационных осложнений [5, 6].

Целью нашего исследования являлось создание алгоритма индивидуализиро-

ванного лечения ЯГДК, основанного на оценке состояния язвенного дефекта, общего и местного иммунитета и хеликобактерной инфекции.

С 1989 по 2006 г. под нашим наблюдением находились 796 человек в возрасте от 18 до 85 лет, больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Основную группу составляли 676 больных ЯГДК, которым осуществлялись эндоскопический гемостаз и профилактика рецидива кровотечения методом индивидуализированного локального лечения клеевыми аппликациями с тромбином. Методика эндоскопической остановки кровотечения, которую мы применяли у этих больных заключается в следующем. После промывания желудка холодной водой при помощи толстого зонда проводили фиброгастродуоденоскопию и при выявлении источника кровотечения через инструментальный канал прицельно вводили 5–10 мл спирта с целью промывания язвы и осушивания места заклеивания. Через инструментальный канал фиброгастродуоденоскопа проводили тefлоновый катетер, к проксимальному концу которого фиксировали часть трубки от внутривенной одноразовой системы длиной 10 см. Расстояние от конца катетера до язвы составляло 1–1,5 см. В трубку вводили 400 единиц тромбина, разведенного в 1,5 мл физиологического раствора. К трубке плотно через насадку подсоединяли баллон с аэрозольным клеем и нажимали на насадку. Клей, выходя из баллона и выполняя функцию своеобразного поршня, мгновенно доставлял малый объ-

ем тромбина высокой концентрации на единицу площади к кровоточащей поверхности язвенного дефекта и заклеивал ее, обеспечивая тем самым гемостаз, который контролировали путем клинического наблюдения и определения гемодинамических показателей: пульса, АД, содержания количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, определения ОЦК. Через 12–24 часа производили контрольную эндоскопию. Важно добиться даже временного эндоскопического гемостаза, чтобы, с одной стороны, избежать экстренного оперативного вмешательства по поводу продолжающегося кровотечения из язвы, а с другой – выиграть время, необходимое для предоперационной подготовки к срочному и отсроченному хирургическому вмешательству.

После успешного гемостаза проводили локальное лечение язвенного дефекта клеевыми аппликациями. Фиксируя лекарственные вещества на дне язвы, клей пролонгировал их действие. При наличии на дне язвы фибрина применяли вентер и Т-активин, при отсутствии фибрина использовали метилурацил и Т-активин.

Учитывая цитопротекторные свойства вентера и его способность образовывать с фибриновым налетом язвы в кислой среде защитную пленку, мы осуществляли локальное лечение язвенной болезни при подготовке больных к операции лифузолем в сочетании с Т-активином и вентером. Лечебные эндоскопии повторяли через 3–4 дня. Смесь лекарственных веществ готовили путем растирания 0,5 г вентера и разведения порошковой массы в 1 мл Т-активина. Метилурацил оказывает положительный эффект на репарацию слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Для локального лечения мы растирали 0,5 г метилурацила в 1 мл Т-активина.

Применяли аэрозольные медицинские клеи “Лифузол”, “Статизоль” и “Анкерпласт”.

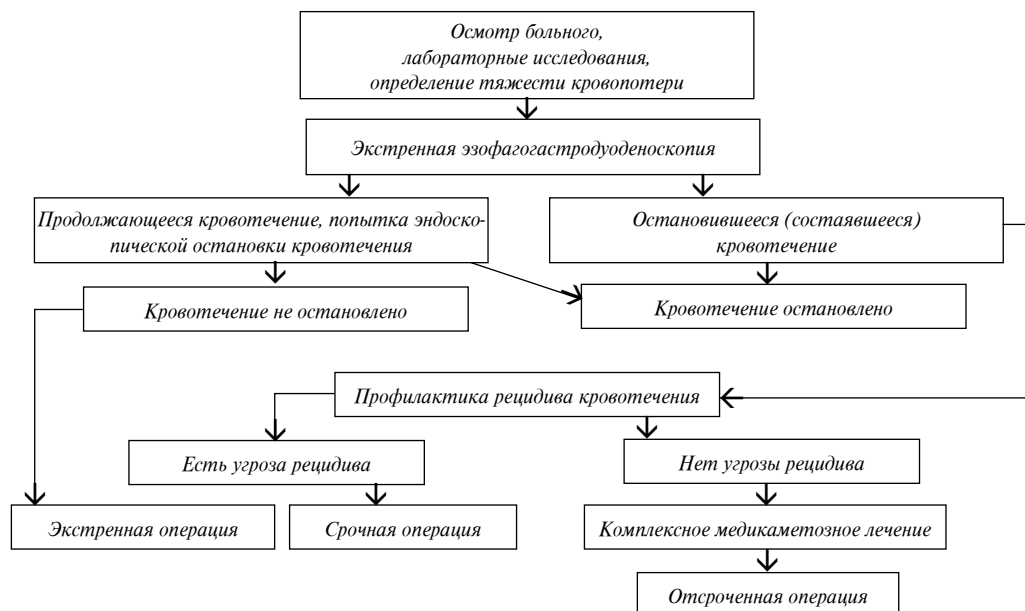
При гастродуоденоскопии с целью выявления НР использовали два метода: геликобактер-тест для регистрации спе-

цифической уреазной активности биоптата или гомогената и цитологический метод со взятием слизи в 4 участках каждого отдела желудка (малая и большая кривизна, передняя и задняя стенки). Интенсивность обсеменения слизистой желудка при цитологическом исследовании мазков-отпечатков оценивали по 3 степеням: I – до 20 микробных тел в поле зрения при малом увеличении микроскопа, II – от 21 до 40, III – от 41 до 60.

Субпопуляционный состав лимфоцитов крови объектов исследования изучали иммуноферментным методом при помощи диагностического набора “Комплект МКА для оценки иммунного статуса человека иммуноферментным методом” НПО “Диагнотех”. Моноклональные антитела (МКА) данной серии стандартизированы в рамках V Международного рабочего совещания и внесены в международный регистр Boston (USA; 1993). Все методики исследования применяли во время лечения (14–28-й день) и в послеоперационном периоде (7–14 дней).

Контрольную группу составили 120 пациентов с ЯГДК, выбранных методом случайной выборки, сопоставимых по возрасту полу, давности заболевания, кровопотере и сопутствующей патологии.

Локальное использование клеевых аппликаций аэрозольным клеем на фоне традиционного способа лечения имело место у 96 (14,2%) больных, то же, но в сочетании с вентером, Т-активином – у 264 (39%), с метилурацилом, Т-активином – у 110 (16,3%). Руководствуясь схемой Forrest J. (F) [7], мы выделили три подгруппы в основной группе больных по результатам эндоскопического исследования, что было необходимо для выбора тактики лечения ЯГДК: 1) с F IAB – 392 (58%); 2) с F IIAB – 194 (28,7%); 3) с F IIC – 90 (13,3%). В основной группе эндоскопический гемостаз был эффективен у 628 (92,8%) больных. В подгруппе с F IAB он оказался успешным у 348 (88,7%) пациентов, у 44 (12,3%) остановить кровотечение не удалось. Нами выявлены три причины неэффективности эндоскопического



Алгоритм ведения больных с ЯГДК.

гемостаза - это артериальное кровотечение, исходившее из язвы диаметром более 2,0 см, расположенной в средней трети тела желудка по малой кривизне при диаметре кровоточащего сосуда $>0,2$ см, из язвы диаметром более 2,0 см, локализованной на задней стенке луковицы ДПК при диаметре кровоточащего сосуда $>0,2$ см, из язвы желудка с внутрижелудочной гематомой, занимающей более $3/4$ объема желудка. Рецидив кровотечения наблюдался у 17 (4,9%) человек. У больных с F ПАВ эндоскопический гемостаз был эффективен у 190 (97,9%), рецидив кровотечения наблюдался у 3 (1,6%). У больных с F ПС рецидив кровотечения имел место у одного (1,1%).

В контрольной группе гемостатическая терапия оказалась успешной у 92 (76,6%) больных. В подгруппе с F IAB гемостаз был достигнут у 48 (70,5%) пациентов, рецидив кровотечения в первые трое суток возник у 8 (16,5%), с F ПАВ - соответственно у 29 (87,8%) и у 3 (10,3%). Среди больных с F ПС рецидив кровотечения произошел у 2 (12,5%).

Положительный результат эндоскопического исследования на наличие НР до операции был получен у 600 (88,7%) больных, причем тяжесть кровопотери

коррелировала со степенью обсемененности ($r = 0,786$). У 76 (11,3%) больных НР не выявлено. По тяжести кровопотери в группе пациентов с отрицательным результатом на НР преобладали больные с оккультным кровотечением и легкой степенью кровопотери. У 108 (35,3%) больных язвенной болезнью желудка был исследован клеточно-гуморальный иммунитет. У больных ЯГДК корреляция обнаружилась между величиной кровопотери и изменениями показателей иммунного статуса. Выявлены достоверное снижение уровня CD3+, CD4+, CD8+, IgG, IgA ($r = -0,961$), повышение уровня CD22+ ($r = 0,371$), причем с корреляцией между величиной кровопотери и выраженностью иммунных нарушений. Под влиянием локального лечения стабилизация показателей клеточно-гуморального иммунитета наступала раньше в среднем на 7 дней.

При изучении биоптатов, полученных из параульцерозной зоны желудка и двенадцатиперстной кишки, установлен распространенный характер изменений, иногда с выраженной перестройкой структуры слизистой оболочки. Наблюдалась картина значительной лимфоидноклеточной инфильтрации, окружающей зону

фибринозного покрова. Третья степень хронического поверхностного НР гастрита, характерная для больных с тяжелой кровопотерей, включала в себя обильную полиморфноклеточную инфильтрацию, пронизывающую все слои слизистой оболочки, образуя широкие прослойки между железами, что приводило к их атрофии.

Лечение язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением, более эффективно при сочетании антихеликобактерной терапии и локального лечения – 84,3% (при медикаментозном лечении – 75%).

Нами были прооперированы 338 больных. Экстренные операции проводились в сроки до 12 часов с момента поступления больного в стационар, при неэффективном эндоскопическом гемостазе, рецидиве кровотечения в стационаре (у 69), срочные – в сроки до 72 часов с момента госпитализации из-за угрозы рецидива кровотечения (у 51), отсроченные – после остановки кровотечения, когда компенсировались последствия острой кровопотери (у 218). Хирургическая активность составляла в среднем 42,4%. Основным оперативным методом лечения ЯГДК была резекция желудка с удалением язвы.

Таким образом, в результате полученных данных нами разработан алгоритм ведения больных с ЯГДК, который позволил улучшить результаты оперативного лечения больных с этой патологией (см. рис.).

ВЫВОДЫ

1. Эндоскопический гемостаз с помощью аэрозольного клея и тромбина у 92,8% больных с ЯГДК является надежным методом остановки кровотечения, дающим возможность осуществлять объективный динамический контроль гемостаза, подготовить пациентов к срочному или отсроченному оперативному лече-

нию.

2. Локальное лечение язвы в комплексной терапии ЯГДК с использованием клеевых аппликаций позволяет в 3 раза уменьшить количество рецидивов кровотечений, быстрее нормализовать местный иммунный статус и достичь эффективной эрадикации НР.

3. Язвенные гастродуоденальные кровотечения характеризуются иммунодефицитными состояниями в зависимости от тяжести кровопотери и проявляются снижением числа CD3+ клеток ($r = -0,946$), IgG ($r = -0,988$), увеличения CD22+ клеток ($r = 0,752$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И., Саркисов Д.С., Кубышкин В.А. и др. // Арх. патол. – 1994. – № 3. – С.13–19.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А. // Хирургия. – 2003. – № 7. – С.43–49.
3. Жерлов Г.К., Истомин Н.П., Кейян С.В. Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». – Саратов, 2003. – С.181.
4. Жерлов Г.К., Кошель А.П. и др. // Вестн. хир. – 2001. – № 2. – С.18–21.
5. Минушкин О.Н., Зверков И.В. // Тер. арх. – 1992. – № 2. – С.48–52.
7. Marshall B. J., Warren J. R. // Lancet. – 1984. – Vol. 1 (8390). – P. 1311–1315/
6. Forrest J., Pigue J.M., Teres J. et al. // Endoscopy. – 1987. – Vol. 19. – P. 11–13.
8. Tytgat G., Janssens J., Reynolds J. C., Wijnbeek M. // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1996. – Vol. 8. – P. 603–611.

Поступила 12.09.07.

ALGORITHM OF MANAGING PATIENTS WITH BLEEDING GASTRODUODENAL ULCERS

V.I. Midlenko, N.I. Belonogov, P.N. Vanushin,
A.V. Smol'kina, S.I. Barbashin

Summary

Analyzed were the results of treatment of 796 patients with bleeding gastroduodenal ulcers. Endoscopic hemostasis and hemorrhage relapse prophylaxis were performed in the main group (676 patients) by a method of individualized local treatment by glue applications depending on the ulcer defect condition. In the control group (120 patients), traditional therapy was carried out. It was found that usage of local treatment of bleeding gastroduodenal ulcers with glue applications reduces the risk of hemorrhage relapse by 3 times.