

*А. И. Могила, К. Н. Мовчан, В. А. Сидоренко, Ал. Ан. Смирнов,  
А. В. Романов, Ал. Ал. Смирнов, А. А. Хасанов*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ИХ ПОДГОТОВКЕ К ОПЕРАЦИИ НА ФОНЕ ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия постдипломного образования

Язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки занимает одно из ведущих мест среди заболеваний желудочно-кишечного тракта и до сих пор остается одной из трудно разрешимых проблем в гастроэнтерологии [1–11]. Проблемы оказания медицинской помощи больным хронической дуоденальной язвой сохраняются в связи с широкой распространенностью заболевания [12–13]. Заболеваемость язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК) в разных регионах России варьирует от 3 до 21% при сохраняющейся тенденции к учащению рецидивов при данной патологии и увеличению частоты случаев летальных исходов по причине развития осложнений заболевания [14–16].

Только в России на учете состоит около 3 миллионов больных язвенной болезнью [12], а от последствий неадекватного лечения пациентов с данным заболеванием в стране ежегодно умирают около 6000 человек [17, 18]. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки диагностируется в 56–65 % от общей заболеваемости язвенной болезнью [19–21]. Осложненные формы заболевания констатируются в 26–42 % случаев [22], при этом в 42–47 % она осложняется кровотечением [24]. Частота этого осложнения не снижается, а по данным Г. А. Бондарева [23] — даже имеет тенденцию к увеличению.

В 35% наблюдений больные дуоденальной язвой госпитализируются в провинциальные муниципальные учреждения здравоохранения на фоне продолжающегося кровотечения из язвы, что обязывает хирургов проводить хирургическое вмешательство таким пациентам в экстренном порядке. Учитывая нередко запоздалость госпитализации больных, особенно, проживающих в малых городах и населенных пунктах сельской местности, а также частую несвоевременность проведения оперативных вмешательств на фоне состоявшейся массивной кровопотери, можно констатировать, что выполнение оперативного вмешательства сопряжено с большим риском. В связи с этим отказ от попыток остановки кровотечения из язвы неоперативными средствами нельзя считать обоснованным.

**Методы.** С целью изучения эффективности назначения медикаментозной терапии перед операцией больным с продолжающимся дуоденальным кровотечением мы проанализировали данные о 97 пациентах, которые поступили в хирургическое отделение муниципального учреждения здравоохранения «Выборгская городская больница».

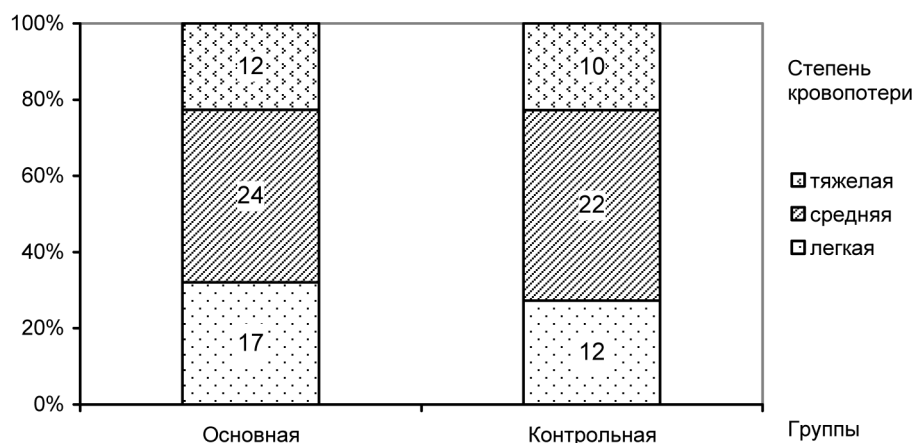
Среди пациентов были выделены 2 группы. Проспективную группу больных, у которых предоперационная подготовка дополнялась препаратами противоязвенной терапии, составили 53 человека. В группу контроля ретроспективно вошли 44 пациента, им

**Таблица 1. Распределение пациентов, поступивших в хирургический стационар на фоне продолжающегося кровотечения, по полу и возрасту**

| Возраст, лет | Число больных, которым консервативное лечение ЯБ при продолжающемся кровотечении |         |                |         |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|---------|
|              | проводилось                                                                      |         | не проводилось |         |
|              | мужчины                                                                          | женщины | мужчины        | женщины |
| до 20        | 2                                                                                |         | 2              | 1       |
| 21–30        | 4                                                                                | 2       | 6              | 1       |
| 31–40        | 16                                                                               | 2       | 9              | 3       |
| 41–50        | 12                                                                               | 3       | 9              | 3       |
| 51–60        | 8                                                                                |         | 7              | 1       |
| более 60     | 3                                                                                | 1       | 2              |         |
| Итого        | 44                                                                               | 9       | 35             | 9       |
| Всего        | 53                                                                               |         | 44             |         |

в хирургическом стационаре предоперационная подготовка проводилась без использования противоязвенной терапии (табл. 1).

Из данных, представленных в табл. 1 следует, что в обеих группах наиболее часто госпитализировались мужчины в возрасте от 31 до 40 лет. Женщины чаще всего госпитализировались в возрасте 41–50 лет. Распределение больных с учётом степени кровопотери представлено на рис. 1. В 46% наблюдений на момент госпитализации по поводу кровотечения из дуоденальной язвы у пациентов диагностировалась средняя степень кровопотери, в 29% случаев диагностировалась легкая степень кровопотери и у 22% пациентов отмечалась тяжелая степень кровопотери.



**Рис. 1.** Распределение пациентов, поступивших в хирургический стационар с продолжающимся кровотечением, с учётом степени кровопотери

Пациентам основной группы (53 человека) предоперационная подготовка дополнялась омепразолом (первая доза 80 мг в виде болюса<sup>1</sup>, далее инфузионно по 8 мг в час в течение 72 часов). Данный временной период был установлен с учетом проведенных отечественных и зарубежных исследований [14, 25–30]. Также пациенты этой группы

<sup>1</sup> Фармацевтический препарат мягкой консистенции, готовый к проглатыванию.

получали антациды и  $\epsilon$ -аминокапроновую кислоту перорально. У 28 больных помимо медикаментозного лечения кровоточащей дуоденальной язвы применялись и методы эндоскопического гемостаза (в 16 случаях метод эндоклипирования и в 12 наблюдениях — орошение язвенного дефекта капрофером). Пациентам, у которых состояние гемостаза не наступало, в течение 1–2-х часов от момента госпитализации (в зависимости от интенсивности кровотечения, общего состояния, степени кровопотери) выполнялось оперативное вмешательство. По данным Курбанова Ф. С. и соавт. [31], экстренные операции, особенно у пациентов пожилого возраста, сопровождаются высокой летальностью. Авторы не рекомендуют стремиться к проведению оперативного вмешательства сразу после диагностики кровотечения, а считают целесообразным выполнять срочные, отсроченные и плановые операции, среди которых должны преобладать радикальные вмешательства, что позволяет рассчитывать на улучшение результатов лечения этого тяжелого контингента больных. Активно-индивидуализированная тактика предполагает, прежде всего, использование комплекса консервативных мероприятий, позволяющих достигнуть надежного гемостаза и отсрочить оперативное вмешательство [32, 33].

Ретроспективную группу пациентов, которым в хирургическом стационаре проводилась обычная (без применения противоязвенных препаратов) предоперационная подготовка, составили 44 пациента.

**Результаты и обсуждение.** Сведения о достижении гемостаза у больных, которым проводилось лечение язвенной болезни в период предоперационной подготовки, представлены в табл. 2. Из данных таблицы следует, что наиболее эффективным мероприятием в период предоперационной подготовки является эндоклипирование на фоне препаратов противоязвенной терапии — эффективность 94% ( $p < 0,001$ ).

Таблица 2. Сведения о достижении гемостаза при лечении больных кровоточащей язвой ДПК перед операцией

| Гемостаз                                      | Число больных (%) |
|-----------------------------------------------|-------------------|
| Достигнут                                     | 43 (81)           |
| без использования эндоскопических технологий; | 19 (76)           |
| в сочетании с эндоклипированием;              | 15 (94)           |
| в сочетании с орошением язвенного дефекта.    | 10 (83)           |
| Не достигнут                                  | 10 (19)           |
| Всего пациентов                               | 53 (100)          |

Применение орошения язвенного дефекта капрофером в условиях противоязвенной терапии способствовало остановке кровотечения в 83% наблюдений ( $p < 0,001$ ). Эффективность использования только медикаментозных средств без применения эндоскопических технологий составила 76% ( $p < 0,001$ ). Кровотечение остановить не удалось лишь у 10 (19%) пациентов (рис. 2).

Среди больных группы контроля, которым проводилась обычная предоперационная подготовка к хирургическому вмешательству (без препаратов противоязвенной терапии), самопроизвольная остановка кровотечения наблюдалась лишь у 26 (59%) пациентов.

В группе больных, которым проводилось консервативное лечение перед операцией, хирургические вмешательства были выполнены у 10 (19%) пациентов, в группе контроля данный показатель был достоверно выше и составил 41% ( $p < 0,05$ ). Виды хирургических вмешательств, проводимых пациентам на фоне продолжающегося кровотечения, представлены в табл. 3.

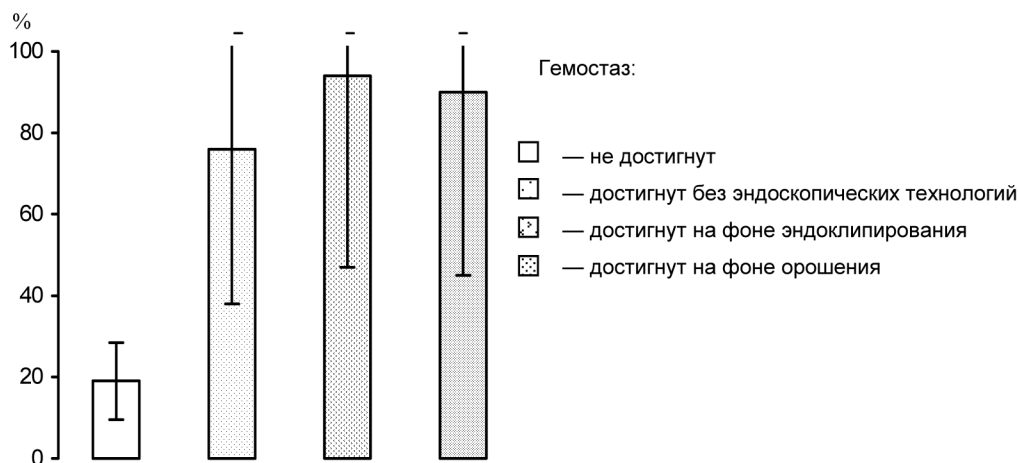


Рис. 2. Эффективность использования консервативных мероприятий по остановке продолжающегося кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки

Таблица 3. Хирургические вмешательства, проводимые пациентам на фоне продолжающегося кровотечения из дуоденальной язвы

| Группа больных ЯБ ДПК, которым консервативное лечение в предоперационном периоде проводилось<br>не проводилось | Число больных (%), перенесших |                  |                              | Всего наблюдений (%) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------|------------------------------|----------------------|
|                                                                                                                | ваготомия                     | резекцию желудка | прошивание кровоточащей язвы |                      |
| проводилось                                                                                                    | 6                             | 2                | 2                            | 10 (36)              |
| не проводилось                                                                                                 | 8                             | 6                | 4                            | 18 (64)              |
| Всего                                                                                                          | 14 (50)                       | 8 (29)           | 6 (21)                       | 28 (100)             |

Наиболее часто выполнялась ваготомия с различными видами пилоропластики. Этот вид оперативного лечения язвенной болезни является наиболее оправданным на фоне продолжающегося кровотечения, так как по сравнению с резекцией желудка ваготомия значительно менее травматичная и, в то же время, оказывает патогенетическое влияние на механизмы язвообразования, чего не наблюдается при прошивании кровоточащей язвы.

В результате проведения оперативного лечения при кровоточащей язве ДПК в первые сутки после операции умерли 2 пациента группы контроля, которым выполнялись ваготомия и прошивание язвы на фоне тяжелой степени кровопотери, и 1 больной группы исследования, которому проводилось консервативное лечение.

Таким образом, проведение целенаправленного консервативного лечения, особенно с использованием методов эндоскопического достижения гемостаза, во время геморрагии значительно снижает количество оперативных вмешательств, проводимых в экстренном порядке на фоне продолжающегося кровотечения.

У всех прооперированных пациентов специально проанализирована частота и структура осложнений в раннем послеоперационном периоде. Их характер у пациентов обеих групп исследован с учётом назначения консервативных мероприятий в предоперационном периоде и представлен в табл. 4.

Таблица 4. Частота и виды осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных ЯБ ДПК, которым хирургическое вмешательство выполнялось на фоне продолжающегося кровотечения

| Вид осложнений                                      | Число больных, которым консервативное лечение ЯБ перед операцией |                |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------|
|                                                     | проводилось                                                      | не проводилось |
| Кровотечение в зоне пилоропластики                  | 1                                                                |                |
| Атония желудка                                      | 1                                                                |                |
| Диарея                                              |                                                                  | 1              |
| Кишечная непроходимость                             |                                                                  | 1              |
| Инфильтраты и гнойники брюшной полости              | 1                                                                |                |
| Пневмония, ателектаз легкого, экссудативный плеврит |                                                                  | 2              |
| Нагноение операционной раны                         |                                                                  | 2              |
| Всего осложнений                                    | 3 (33,3)                                                         | 6 (37,5)       |
| Всего оперировано                                   | 9*                                                               | 16*            |

\* результаты представлены с учетом летальных исходов.

Из данных, представленных в табл. 4, очевидна тенденция к уменьшению ранних послеоперационных осложнений у пациентов, прооперированных на фоне продолжающегося кровотечения, которым предоперационная подготовка дополнялась препаратами противоязвенной терапии и методами эндоскопического воздействия. В частности, у пациентов данной группы диагностировалось 33,3 % осложнений, а в группе контроля этот показатель составил 37,5 % ( $p > 0,05$ ).

Для оценки отдаленных результатов влияния терапевтических мероприятий при предоперационной подготовке мы наблюдали за прооперированными пациентами в течение 3-х лет.

Данные в течение этого периода имеются о 22 пациентах (о 8 пациентах, которым консервативное лечение перед операцией и во время ее выполнения проводилось, и о 14 больных, медикаментозное лечение которым не проводилось). Результаты хирургического лечения у больных, выбывших из наблюдения, учитывались до момента потери с ними контакта. Летальных исходов в связи с основным заболеванием за этот период не было. Результаты наблюдения за пациентами представлены в табл. 5.

Таблица 5. Частота осложнений после хирургического лечения у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на фоне продолжающегося кровотечения

| Симптомы                    | Число осложнений в группе больных, которым консервативное лечение ЯБ перед операцией |                | Всего    |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|
|                             | проводилось                                                                          | не проводилось |          |
| Демпинг-синдром             | 1                                                                                    | 2              | 3        |
| Диарея                      |                                                                                      | 1              | 1        |
| Боли в животе               | 1                                                                                    |                | 1        |
| Диспептические расстройства | 1                                                                                    | 1              | 1        |
| Рецидив язвы                | –                                                                                    | 1              | 1        |
| Всего осложнений            | 3 (37)                                                                               | 5 (36)         | 7 (32)   |
| Всего имеется сведений      | 8 (36)                                                                               | 14 (64)        | 22 (100) |

Результаты исследований свидетельствуют о том, что количество поздних осложнений хирургического лечения язвенной болезни не связано с целенаправленной противоязвенной терапией, проводимой в период предоперационной подготовки. Рецидивы язвенной болезни в исследуемых группах пациентов констатированы в случаях проведения в качестве операции — прошивания кровоточащей язвы.

Таким образом, результаты настоящего исследования показали, что при целенаправленном проведении мероприятий по достижению гемостаза неоперативным путём (медикаментозные и эндоскопические методики) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением, отмечается достоверное ( $p < 0,001$ ) уменьшение в 2,1 раза частоты случаев выполнения хирургических вмешательств. Учитывая результаты проведенных исследований [31–33], данный факт способствует уменьшению летальных исходов и улучшению результатов лечения у этого контингента больных.

В условиях проведения противоязвенной терапии в предоперационном периоде так же имеется тенденция к уменьшению числа осложнений в ранние сроки после операции. В то же время, каких-либо различий в качестве жизни у пациентов обеих групп в отдаленные сроки после операции по поводу кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки не выявлено.

## Литература

1. Демидов В. М., Демидов С. М., Кулиш С. А., Бондарев А. И., Касаткин И. О. Новая методика комплексного лечения желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии // Материалы Всеросс. конф. хирургов «Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». Саратов, 2003. С. 243.
2. Ефименко Н. А., Лысенко М. В., Астахов А. Л. Кровотечения из гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения // Хирургия. 2004. № 3. С. 56–60.
3. Рыбачков В. В., Дряженков И. Г. Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия. 2005. № 3. С. 27–29.
4. Красильников В. К., Фаррахов А. З., Зефирова Р. А., Пикуза В. А. Хирургическое лечение больных с язвенными дуоденальными кровотечениями // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. Первый конгресс московских хирургов. Тезисы докладов. М.: ГЕОС, 2005. С. 19–20.
5. Афендулов С. А., Максименко В. Б., Калинина Т. И. и др. Клинико-экономическая оценка эффективности лечения неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки различными антисекреторными препаратами в стационаре // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2005. № 5. С. 112–118.
6. Подшивалов В. Ю. Улучшение визуализации — реальный путь повышения эффективности эндоскопии при продолжающихся гастродуоденальных кровотечениях // Вестник хирургии. 2006. Т. 165, № 2. С. 23–26.
7. Казымов И. Л. Хирургическое лечение кровотечений из гастродуоденальных язв различного происхождения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008. 36 с.
8. Луцевич Э. В., Белов И. Н. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? // Хирургия. 2008. № 1. С. 4–7.
9. Кондратенко П. Г., Раденко Е. Е. Эффективность консервативных мероприятий в предупреждении рецидивов гастродуоденальных кровотечений // Украинский журнал хирургии. 2008. № 1. С. 29–32.
10. Tseng G. Y., Jeng T. K., Yang H. B., Lin H. J. Is there a role for intravenous omeprazole in patients with duodenal diverticular bleeding after successful initial endoscopic hemostasis? // Gastrointest. Endosc. 2008. Vol. 68, № 2. P. 405–406.
11. Laine, L. Shah A., Bermanian S. Intragastric pH with oral vs intravenous bolus plus infusion proton-pump inhibitor therapy in patients with bleeding ulcers // Gastroenterology. 2008. Vol. 34, № 17. P. 1836–1841.
12. Страчунский Л. С., Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л. и др. Ведение больных язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях: результаты многоцентрового российского

фармакоэпидемиологического исследования // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2005. Т. 15, № 6. С. 16–21.

13. Винокуров М. М., Капитонова М. А. Тактика лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением // Хирургия. 2008. № 2. С. 33–36.

14. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Антисекреторная терапия как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. 2005. № 8. С. 52–57.

15. Черепанин А. И., Нечипоренко Е. И., Нечаенко А. М. и др. Стенозирующие кровоточащие пилородуоденальные язвы // Хирургия. 2008. № 6. С. 31–33.

16. Zhou L. Y., Xue Y., Lin S. R. et al. The changes of gastric diseases during the past twenty five years // Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2005. Vol. 44, № 6. P. 431–433.

17. Григорьев П. Я., Гринберг А. А., Тогужева Д. Я. и др. Опыт применения H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторов в консервативном лечении язвенных кровотечений // Хирургия. 1997. № 5. С. 63–65.

18. Дубошина Т. Б. Улучшение результатов хирургического лечения больных язвенной болезнью пожилого и старческого возраста / Материалы Всеросс. конф. хирургов «Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». Саратов, 2003. С. 9.

19. Джорджикия Р. К., Курмаев Ш. М., Минабутдинов Р. М. и др. Результаты лечения желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии // Материалы Всеросс. конф. хирургов «Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». Саратов, 2003. С. 106.

20. Жерлов Г. К., Кошель А. П. Выбор хирургической тактики при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии // Материалы Всеросс. конф. хирургов «Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». Саратов, 2003. С. 111.

21. Лосев Р. З., Горфинкель И. В., Чирков Ю. В. Коррекция хирургической тактики при кровотечениях язвенной этиологии на фоне прогрессирующего увеличения их частоты // Материалы Всеросс. конф. хирургов «Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». Саратов, 2003. С. 126.

22. Майстренко Н. А., Мовчан К. Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. СПб.: Гиппократ, 2000. 360 с.

23. Бондарев Г. А. Динамика осложнений язвенной болезни в Курской области за 20 лет // Материалы Всеросс. конф. хирургов «Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». Саратов, 2003. С. 6.

24. Рахимов Б. М., Лескин А. С., Мишин В. М., Морозов А. В. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения // Материалы Всеросс. конф. хирургов «Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». Саратов, 2003. С. 140.

25. Гостищев В. К., Евсеев М. А., Головин Р. А., Ивахов Г. Б. Антисекреторная терапия в неотложной хирургической гастроэнтерологии: новые горизонты // Рус. мед. журн. 2006. № 12. С. 852–864.

26. Щербаков П. Л., Михеева О. М., Васнев О. С. Использование инъекционных форм кислотоподавляющих препаратов в гастроэнтерологии // Лечащий врач. 2008. № 6. С. 27–30.

27. Simon-Rudler M., Massard J., Bernard-Chabert B. et al. Continuous infusion of high-dose omeprazole is more effective than standard-dose omeprazole in patients with high-risk peptic ulcer bleeding: a retrospective study // Aliment. Pharmacol. Ther. 2007. Vol. 25, № 8. P. 949–954.

28. Cheng H. C., Chang W. L., Yeh Y. C. et al. Seven-day intravenous low-dose omeprazole infusion reduces peptic ulcer rebleeding for patients with comorbidities // Gastrointest. Endosc. 2009. Vol. 70, № 3. P. 433–439.

29. Tsai J. J., Hsu Y. C., Perng C. L., Lin H. J. Oral or intravenous proton pump inhibitor in patients with peptic ulcer bleeding after successful endoscopic epinephrine injection // Br. J. Clin. Pharmacol. 2009. Vol. 67, № 3. P. 326–332.

30. *Sung J. J., Barkun A., Kuipers E. J. et al.* Intravenous esomeprazole for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding: a randomized trial // *Ann. Intern. Med.* 2009. Vol. 150, № 7. P. 455–464.

31. *Курбанов Ф. С., Авад Х. М., Балогланов Д. А.* Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста // *Анналы хирургии.* 2009. № 3. С. 36–41.

32. *Авад Х. М.* Хирургическая тактика и выбор метода операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением: Автореф. дис. . . . канд. мед. наук. М., 2009. 19 с.

33. *Егоров Ю. В., Иванов М. П., Авад Х. М., Ромашов Ф. Н.* Хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях // *Вестн. Рос. у-та дружбы народов.* 2003. № 3. С. 95–98.

Статья поступила в редакцию 21 декабря 2009 г.