

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Федосеева Н. Н., Чесноков Е. В., Машкин А. М., Шарапова Л. П.,
 Кривцова Л. И., Ефанов А. В.

Консультационно-диагностический центр, Тюмень

РЕЗЮМЕ

В настоящее время течение язвенной болезни (ЯБ) отличается особой агрессивностью. Лечение больных с осложненным течением ЯБ остается большой проблемой. Метод аргоно-плазменной коагуляции (АПК) в настоящее время находит преимущественное применение для остановки обширных диффузных кровотечений. В то же время важными факторами благоприятного течения осложненной язвенной болезни являются преемственность в лечении пациентов (эндоскопист — хирург — гастроэнтеролог), проведение адекватной терапии с момента поступления в хирургический стационар и ее продолжение на амбулаторном этапе.

Ключевые слова: язвенная болезнь, желудочно-кишечное кровотечение, *Helicobacter pylori*, нестероидные противовоспалительные препараты, временная нетрудоспособность.

SUMMARY

Now current of a stomach ulcer differs special aggression. Treatment of patients with complicated current gastroduodenal ulcer remains the big problem. The method argon plasma coagulations (APC) now finds primary application for a stop extensive диффузных bleedings. At the same time, the important factor of favorable current of the complicated stomach ulcer is the continuity in treatment of patients and carrying out of adequate therapy from the moment of receipt in a surgical hospital and its continuation at an out-patient stage.

Keywords: a stomach ulcer, a gastrointestinal bleeding, *Helicobacter pylori*, not steroid anti-inflammatory preparations, temporary invalidity.

В настоящее время течение язвенной болезни (ЯБ) отличается особой агрессивностью. Лечение больных с осложненным течением ЯБ остается большой проблемой, так как, несмотря на постоянное развитие инструментальных методов диагностики, широкий спектр современных терапевтических средств и хирургических вмешательств, совершенствование эндоскопических методов, успехи анестезиологии и реаниматологии, летальность при развитии желудочно-кишечного кровотечения

(ЖКК) на протяжении ряда лет остается постоянной и составляет 5-14% [1], а при рецидиве кровотечения — до 35,2% [2, 3].

В последнее время методы эндоскопической остановки острых язвенных gastroduodenальных кровотечений (ЯГДК) получили широкое распространение. Современные эндоскопические технологии (метод аргоно-плазменной коагуляции (АПК)) позволяют осуществить не только временный, но и окончательный местный гемостаз [4-6]. Так,

за рубежом метод АПК в настоящее время находит преимущественное применение для остановки обширных диффузных кровотечений, хотя такой опыт весьма небольшой по данным как отечественной, так и зарубежной литературы [7, 8].

Но применение АПК при этом должно сочетаться с проведением адекватной медикаментозной противоязвенной терапии (включаящей и эрадикацию), которое должно проводиться с момента поступления в хирургический стационар и продолжаться на амбулаторном этапе у гастроэнтеролога специализированного центра. Рекомендуемые сроки лечения указанных групп больных [9] при язвенной болезни луковицы ДПК, осложненной кровотечением, составляют 20-40 дней, при язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением, — 45-60 дней. Поэтому очень важным фактором благоприятного течения осложненной язвенной болезни является преемственность в лечении данных пациентов.

Целью данного исследования было оценить сроки рубцевания, длительность временной нетрудоспособности (у работающих), инфицированность *Helicobacter pylori*, влияние приема НПВП перед ЖКК на рубцевание язвы у пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и луковицы двенадцати-

перстной кишки (ЯБ ЛДПК), осложненной ЯГДК, с эндоскопическим гемостазом АПК и последующим амбулаторным лечением.

Обследованы пациенты, поступившие в 2005-2006 гг. в экстренном порядке в хирургическое отделение ЗАО МСЧ «Нефтяник» с желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии в стадии кровотечения Forrest 1-2. С целью остановки кровотечения использован метод АПК.

После выписки из хирургического стационара пациенты направлялись в ГЛПУ ТО «Консультативно-диагностический центр» к гастроэнтерологу, где проводился комплекс лечебно-диагностических мероприятий: сбор анамнестических данных, оценка степени анемии, диагностика инфекции *Helicobacter pylori* и контроль эрадикации, контроль сроков рубцевания язвенного дефекта, назначение адекватной медикаментозной терапии, оценка трудоспособности.

На амбулаторном этапе все пациенты получали стандартную терапию, включающую антисекреторные препараты (омепразол или рабепразол) и проведение эрадикации *H. pylori* (кларитромицин, амоксициллин).

ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУППЫ

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ, ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЯЗВЕННОГО АНАМНЕЗА, ОСЛОЖНЕНИЯ

Показатель	Значение
Всего	$n = 85$
Возраст, лет	$46,6 \pm 15,6$
Мужчины	$n = 58$
— средний возраст, лет	$43,4 \pm 14,0$
Женщины	$n = 27$
— средний возраст, лет	$53,6 \pm 17,0$
Впервые выявленная язвенная болезнь	$n = 54$
Язвенный анамнез	$n = 31$
— длительность, лет	$9,6 \pm 7,3$
— до 5 лет	$n = 8$
— от 5 до 10 лет	$n = 13$
— свыше 10 лет	$n = 10$
Осложнения	$n = 19$
— желудочно-кишечное кровотечение	$n = 13$
• 2 раза и более	$n = 6$
— оперативное лечение	$n = 13$
• ушивание	$n = 6$
• резекция желудка (ЖКК)	$n = 7$



Таблица 2

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО СОСТОЯНИЮ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР (ПО J. A. FORREST, 1974)					
Показатель	F 1B	F 2A	F 2B	F 2C	Всего
ЯБ лДПК	8	4	31	9	52
ЯБЖ	4	5	13	3	25
ЯГЭА	1	1	3	3	8
Количество	13	10	47	15	85

РУБЦЕВАНИЕ ЯЗВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ

В группе 52 человека с язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки (ЯБ лДПК), из них 40 мужчин и 12 женщин. Пол не влиял на динамику рубцевания язв ($p > 0,05$).

Различий по размеру язвенных дефектов при поступлении и выписке не было ($p > 0,05$). Наблюдалось уменьшение размера язвенного дефекта со дня выписки из стационара к 7-му дню амбулаторного лечения и от 7-го к 14-му дню терапии ($p < 0,05$). У всех больных к 28-му дню терапии произошло рубцевание язвы.

С язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) наблюдалось 25 пациентов, из них 11 мужчин и 14 женщин.

По динамике рубцевания язв данные группы не отличались ($p > 0,05$).

Незарубцованные язвы к 28-му дню лечения выявлены у 2 мужчин (у обоих диаметр язвенного дефекта при выписке более 1 см); излечение у них отмечено через 2 месяца терапии. У первого больного причиной длительного рубцевания являлся вынужденный прием НПВП по сопутствующему заболеванию (ревматоидный полиартрит). Второй пациент имел длительный алкогольный анамнез (за время лечения алкогольные напитки не употреблял).

Различий между днем поступления и выписки не было ($p > 0,05$).

Уменьшение диаметра язвенного дефекта наблюдалось со дня выписки из стационара к 7-му дню амбулаторного лечения, от 7-го к 14-му дню ($p < 0,05$).

Таблица 3

ДИНАМИКА РУБЦЕВАНИЯ ЯЗВ ЛУКОВИЦЫ ДПК					
Показатель	Стационарное лечение		Амбулаторное лечение		
	при поступлении	при выписке	7-й день	14-й день	28-й день
Рубцевание есть, чел.	—	—	26	13	13
Рубцевания нет, чел.	52	52	19	9	—
Диаметр язвы, мм	6,6 ± 2,2	6,4 ± 2,8	5,4 ± 2,8	4,0 ± 1,6	—

Таблица 4

ДИНАМИКА РУБЦЕВАНИЯ ЯЗВ ЖЕЛУДКА					
Показатель	Стационарное лечение		Амбулаторное лечение		
	при поступлении	при выписке	7-й день	14-й день	28-й день
Рубцевание есть, чел.	—	—	4	10	9
Рубцевания нет, чел.	25	25	12	8	2
Диаметр язвы, мм	9,7 ± 5,0	9,7 ± 5,7	6,7 ± 2,8	4,8 ± 2,0	6,0 ± 1,4

ИНФЕКЦИЯ *HELICOBACTER PYLORI* ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В группе пациентов с ЯБ лДПК *Helicobacter pylori* выявлен у 51 больного (98%) и у 1 (2%) инфекция не обнаружена. Эрадикация проведена успешно

у 48 больных (92%), у 4 пациентов (8%) эрадикации *Helicobacter pylori* не произошло.

Helicobacter pylori выявлен у 25 пациентов с ЯБЖ (100%). У 2 больных (8%) после лечения препаратами первой линии тест на *Helicobacter pylori* был положительным. Эффективность эрадикации составила 92%.

РУБЦЕВАНИЕ ЯЗВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЕМА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ (НПВП) ПЕРЕД ЖКК

34 человека (40 %) указывали на прием НПВП перед эпизодом ЖКК, 51 пациент (60 %) их прием отрицал ($p > 0,05$).

В группе с ЯБ лДПК из 52 больных 22 (42 %) принимали НПВП. Различий по размеру язв между

этимися подгруппами не выявлено ($p > 0,05$). По возрасту старше были больные, принимавшие НПВП ($p < 0,05$).

У пациентов с ЯБЖ 11 больных указывали на прием НПВП перед эпизодом ЖКК и 14 человек отрицали прием данных препаратов ($p > 0,05$). По возрасту и размеру язвенных дефектов группы не различались ($p > 0,05$).

Таблица 5

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РУБЦЕВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЕМА НПВП ПЕРЕД ЖКК			
Прием НПВП в анамнезе	Длительность, дней		
	лечения в хирургическом отделении	амбулаторного лечения до рубцевания	рубцевания (общая)
ЯБ лДПК			
Есть	8,4 ± 2,3	14,3 ± 7,9	23,2 ± 9,0
Нет	7,8 ± 1,3	11,9 ± 6,4	19,7 ± 6,8
ЯБЖ			
Есть	8,5 ± 2,0	20,7 ± 14,5	29,3 ± 15,1
Нет	8,5 ± 3,1	19,8 ± 13,0	28,4 ± 12,2
p	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Прием НПВП перед ЖКК не влиял на длительность рубцевания ($p > 0,05$).

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Таблица 6

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И РУБЦЕВАНИЯ У РАБОТАЮЩИХ, ДНЕЙ (В ИССЛЕДУЕМОЙ ГРУППЕ 29 РАБОТАЮЩИХ С ЯБ лДПК И 12 ЧЕЛОВЕК — С ЯБЖ)			
Группы	Временная нетрудоспособность	В стационаре	Длительность рубцевания
ЯБ лДПК	24,1 ± 6,9	7,9 ± 1,5	18,5 ± 5,8
ЯБЖ	27,4 ± 6,7	9,1 ± 2,9	25,4 ± 6,6

Длительность временной нетрудоспособности у пациентов с ЯБ лДПК превышает сроки рубцевания язвы ($p < 0,05$), а у пациентов с ЯБЖ — не отличается ($p > 0,05$).

ВЫВОДЫ

По результатам проведенного исследования выявлено:

- активное рубцевание язвы наблюдается на амбулаторном этапе лечения. У 83 % пациентов с ЯБ лДПК рубцевание произошло к 14-му дню амбулаторного лечения, к 28-му дню — у 100 %. С ЯБЖ к 14-му дню язвы зарубцевались у 68 % больных, к 28-му дню амбулаторного лечения — у 92 %. Прием НПВП перед эпизодом

ЖКК не влияет на длительность рубцевания язв любой локализации;

- длительность временной нетрудоспособности у пациентов с ЯБ лДПК составила 24,1 ± 6,9 дня, а с ЯБЖ — 27,4 ± 6,7 дня соответственно;
- у 98-100 % пациентов с ЯБ, осложненной ЖКК, выявлен *Helicobacter pylori*, а эффективность терапии первой линии (кларитромицин + амоксициллин) составляет 92 %.



Таким образом, несмотря на накопленный опыт в лечении язвенной болезни, осложненной кровотечением, многие вопросы остаются открытыми до настоящего времени. Только сотрудничество между хирургами, эндоскопистами, терапевтами-гастроэнтерологами с применением современных методик (АПК) и адекватной медикаментозной терапией поможет значимо

улучшить результаты лечения пациентов с ЯГДК. Данное взаимодействие позволяет сократить длительность временной нетрудоспособности пациентов, а дальнейшее лечение и пожизненное диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога специализированного центра — обеспечить профилактику, снизить частоту повторных ЖКК и рецидивов ЯБ, способствовать длительной (возможно, пожизненной) ремиссии ЯБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Lichtenstein, D.R.* Approach to the patient with acute upper gastrointestinal hemorrhage/D.R. Lichtenstein, M. D. Bergman, M.M. Walfe//Gastrointestinal Emergencies. — 1997. — P. 99-130.
2. *Панцырев, Ю.М.* Хирургическое лечение язвенной болезни, осложненное кровотечением и перфорацией/Ю.М. Панцырев, А.И. Михалев, Е.Д. Федоров//Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2003. — № 1. — С. 50-57.
3. *Петров, Ю.И.* Лечебная эндоскопия у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями/Ю.И. Петров, А.Н. Лищенко, Е.А. Ермаков и др.//Сб. тезисов 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2005. — С. 259-261.
4. *Балалыкин, А.С.* Эндоскопическая классификация и принципы лечения желудочно-кишечных кровотечений/А.С. Балалыкин, А.Н. Алимов, В.В. Гвоздик//Эндоскопич. хирургия. — 2000. — № 2. — С. 7.
5. *Кузьмин-Крутецкий, М.И.* Организация круглосуточной эндоскопической и эндохирургической помощи в крупном многопрофильном стационаре/М.И. Кузьмин-Крутецкий, С.Д. Пурупа, Е.Н. Стяжкин//Материалы 3-й научно-практич. конф. хирургов Северо-Запада России и 24-й конф. хирургов Республики Карелия (Петрозаводск, 23-25 мая 2001 г.)//Новые хирургич. технологии и избранные вопросы клинич. хирургии. — СПб., 2001. — Т. 2. — С. 98-101.
6. *Гостищев, В.К.* Возможности эндоскопического гемостаза в лечении гастродуоденальных язвенных кровотечений/В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Меграбян и др.//Сб. тезисов 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2005. — С. 95-97.
7. *Кузьмин-Крутецкий, М.И.* Аргонплазменная коагуляция как метод эндоскопического гемостаза/М.И. Кузьмин-Крутецкий, Е.Н. Стяжкин//Сб. трудов 5-го российско-японского симпозиума «Диагностическая и лечебная эндоскопия: действительность и перспективы». — М., 2003. — С. 8-10.
8. *Skok, P.* Argon plasma coagulation versus injection sclerotherapy in peptic ulcer hemorrhage — a prospective, controlled study/P. Skok, I. Krizman, M. Skok//Hepatogastroenterology. — 2004. — Vol. 51, № 55. — P. 165-170.
9. Рекомендации «Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах»//Минздрав РФ и Фонд социального страхования РФ, 21.08.2000 г., № 2510/9362-34.