



## Лечебно-диагностическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях

Проф. В.И. МИДЛЕНКО, кандидаты мед. наук Н.И. БЕЛОНОГОВ и А.В. СМОЛЬКИНА

### Diagnostic and therapeutic treatment policy in ulcerous gastroduodenal bleedings

V.I. MIDLENKO, N.I. BELONOGOV, A.V. SMOLKINA

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В.И. Мидленко) Ульяновского государственного университета

Проанализированы результаты лечения 796 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК). Основную группу составили 676 больных с ЯГДК, которым осуществлялся эндоскопический гемостаз. Контрольную группу составили 120 пациентов с ЯГДК, которым проводилась традиционная терапия. В основной группе эндоскопический гемостаз был эффективен у 628 (92,8%) больных. Рецидив кровотечения наблюдался у 21 (3,3%) пациента. В контрольной группе гемостаз был эффективен у 92 (76,6%) больных. Рецидив кровотечения наблюдался у 13 (14,1%) больных. Положительный результат исследования на наличие *Helicobacter pylori* был получен у 600 (88,7%) больных. Таким образом, локальное лечение язвы в комплексной терапии ЯГДК с использованием клеевых аппликаций позволяет в 3 раза уменьшить количество рецидивов кровотечений.

Results of treatment of 796 patients with ulcerous gastroduodenal bleedings (UGDB) are analyzed. The study group consisted of 676 patients who have undergone endoscopic hemostasis. The control group consisted of 120 patients treated with traditional therapy. Endoscopic hemostasis in the study group was effective in 628 (92,8%) patients, recurrence of bleeding was seen in 21 (3,3%) patients. Effective hemostasis in the control group was achieved in 92 (76,6%) patients, recurrence of bleeding occurred in 13 (14,1%) patients. Positive result of *Helicobacter pylori* detection was in 600 (88,7%) patients. It is concluded that local treatment of ulcer with glue applications reduces 3 times number of bleeding recurrences.

Khirurgiia (Mosk) 2005; 10: 64—67

Проблему лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки нельзя считать решенной. Из числа больных язвенной болезнью, находившихся под диспансерным наблюдением, в течение года теряют трудоспособность 77,9% мужчин и 82% женщин, более трети больных пользуются больничными листами повторно [3]. В Российской Федерации, по данным МЗ и СР РФ, за последние 2 года число плановых операций при язвенной болезни снизилось в 2 раза. При этом число экстренных операций за этот же период, напротив, увеличилось в 2—3 раза, следовательно, и операционная летальность значительно возросла [3]. Одно из самых грозных осложнений данного заболевания — это кровотечение. Именно язвенные гастродуоденальные кровотечения (ЯГДК) являются причиной наиболее высокой летальности. Успехи лечения при этом, безусловно, связаны с возможностями консервативной остановки кровотечения. Эффективное консервативное лечение ЯГДК, в том числе и с использованием эндоскопических методов, невозможно без средств, направленных

на коррекцию патогенетических механизмов язвообразования.

После обнаружения в 1983 г. J. Waggen и B. Marshall в слизистой желудка *Helicobacter pylori* (*Hp*) появилось множество работ, в которых подтвержден факт присутствия этих микроорганизмов у больных с хроническим гастритом, раком желудка, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки [1, 4, 8]. При ЯГДК становятся более выраженными изменения клеточно-гуморального иммунитета, которые под воздействием операции могут усугубляться. Эти изменения иммунитета лежат в основе ранних послеоперационных осложнений [5].

Целью нашего исследования являлось создание системы индивидуализированного лечения ЯГДК, основанной на оценке состояния язвенного дефекта, общего и местного иммунитета и наличия хеликобактерной инфекции.

### Материал и методы

Исследование проводилось на кафедре госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета на базе Ульяновской городской больницы скорой медицинской помощи.

© Коллектив авторов, 2005

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2005



Под нашим наблюдением с 1989 по 2003 г. находились 796 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Возраст больных от 18 до 85 лет. Основную группу составили 676 больных с ЯГДК, находившихся на лечении с 1993 по 2003 г., им осуществлялись эндоскопический гемостаз и профилактика рецидива кровотечения методом индивидуализированного локального лечения клеевыми аппликациями в зависимости от состояния язвенного дефекта.

В лечении больных с ЯГДК мы применяли эндоскопическую остановку кровотечения методом клеевых аппликаций с тромбином. Для защиты язвы от агрессивных факторов проводили локальное лечение клеевыми аппликациями. Доставка к язве лекарственных веществ в малых объемах высокой концентрации на единицу площади и их депонирование на поверхности язвы осуществлялась при помощи аэрозольного клея, который, фиксируя лекарственные вещества на дне язвы, способствовал их пролонгированному действию. Повторные аппликации проводили через 12—24 ч в зависимости от эндоскопической картины кровотечения. При использовании вентера лечебные эндоскопии проводили через 3—4 дня, при использовании метилурацила и тактивина — через 2—3 дня. Смесь лекарственных веществ приготавливали путем растирания 0,5 г вентера и разведения порошковой массы в 1 мл тактивина. Также готовили смесь метилурацила с тактивинном. Применяли аэрозольные медицинские клеи Лифузоль и Статизоль. При гастродуоденоскопии проводили исследование на наличие *Нр*. Использовали два метода: геликобактер-тест, принцип которого заключается в регистрации специфической уреазной активности биоптата или гомогената, обусловленной присутствием *Нр*, и цитологический, при котором слизь брали в 4 участка каждого отдела желудка (малая и большая кривизна, передняя и задняя стенки). Различали 3 степени интенсивности обсеменения слизистой желудка при цитологическом исследовании мазков-отпечатков: I степень — до 20 микробных клеток в поле зрения при малом увеличении микроскопа, II степень — 21—40 микробных клеток, III степень — 41—60 микробных клеток в поле зрения.

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 данной серии стандартизированы в рамках V Международного рабочего совещания и внесены в международный регистр (Бостон, США, 1993 г.). Все методики исследования применяли в период лечения (14—28 дней) и в послеоперационном периоде (7—14 дней).

Контрольную группу составили 120 пациентов с ЯГДК, отобранных методом случайной выборки и

сопоставимых по возрасту, полу, давности заболевания, степени кровопотери и сопутствующим заболеваниям.

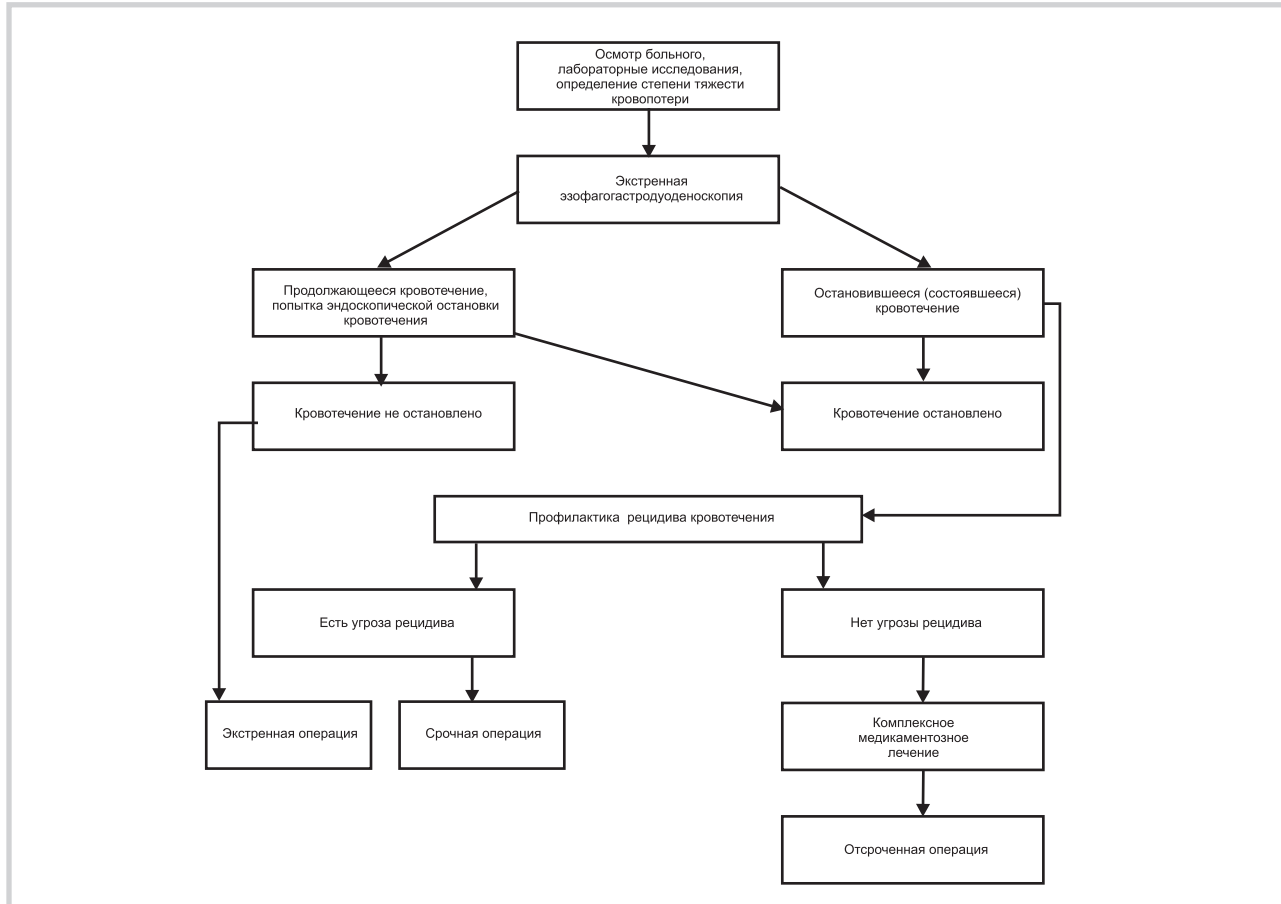
## Результаты

Локальное лечение аппликациями с помощью аэрозольного клея в сочетании с традиционным способом проведено 96 (14,2%) больным. Локальное лечение аппликациями аэрозольным клеем в сочетании с вентером, тактивинном и традиционным способом проведено 264 (39%) больным. Локальное лечение аппликациями аэрозольным клеем в сочетании с метилурацилом, тактивинном и традиционным способом проведено 110 (16,3%) больным. Руководствуясь работой схемой J. Forrest (F) [7], по результатам эндоскопического исследования в основной группе больных мы выделили 3 подгруппы, что было необходимо для выбора тактики лечения ЯГДК: 1) больные с F IAB — 392 (58%); 2) больные с F IIAB — 194 (28,7%); 3) больные с F ICS — 90 (13,3%).

В основной группе эндоскопический гемостаз был эффективен у 628 (92,8%) больных. В подгруппе больных с F IAB эндоскопический гемостаз был эффективен у 348 (88,7%). Таким методом не удалось остановить кровотечение у 44 (12,3%) больных. Нами выявлены причины неэффективности эндоскопического гемостаза: 1) артериальное кровотечение из язвы диаметром более 2,0 см, расположенной в средней трети тела желудка по малой кривизне, при диаметре кровоточащего сосуда более 0,2 см; 2) артериальное кровотечение из язвы диаметром более 2,0 см, расположенной на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, при диаметре кровоточащего сосуда более 0,2 см; 3) артериальное кровотечение из язвы желудка с внутрижелудочной гематомой, занимающей более  $\frac{3}{4}$  объема желудка. Рецидив кровотечения наблюдался у 17 (4,9%) больных. В подгруппе больных с F IIAB эндоскопический гемостаз был эффективен у 190 (97,9%). Рецидив кровотечения наблюдался у 3 (1,6%) больных. В подгруппе больных с F ICS рецидив кровотечения имел место у 1 (1,1%).

В контрольной группе гемостатическая терапия была эффективной у 92 (76,6%) больных. В подгруппе больных с F IAB гемостаз достигнут у 48 (70,5%). Рецидив кровотечения в первые 3 сут наблюдался у 8 (16,5%) пациентов. В подгруппе больных с F IIAB гемостатическая терапия была эффективной у 29 (87,8%). Рецидив кровотечения наблюдался у 3 (10,3%) больных. В подгруппе больных с F ICS рецидив кровотечения был у 2 (12,5%).

Положительный результат эндоскопического исследования на наличие *Нр* до операции был получен у 600 (88,7%) больных, причем между степенью тяжести кровопотери и степенью обсемененности имела место корреляционная зависимость (коэффициент корреляции 0,786). У 76 (11,3%) больных *Нр* не выяв-



Алгоритм ведения больных с ЯГДК.

лены. По степени тяжести кровопотери в группе с отрицательным результатом на *Hp* преобладали больные со скрытым кровотечением и с легкой степенью кровопотери. У 108 (35,3%) больных язвенной болезнью желудка проведено исследование клеточно-гуморального иммунитета. У больных с ЯГДК имеется корреляционная зависимость между степенью кровопотери и изменениями показателей иммунного статуса. Выявлено достоверное снижение уровня  $CD3^+$ ,  $CD4^+$ ,  $CD8^+$ ,  $IgG$ ,  $IgA$  (коэффициент корреляции — 0,961), повышение уровня  $CD22^+$  (коэффициент корреляции 0,371), чем больше кровопотеря, тем более выражены иммунные нарушения. Под влиянием локального лечения стабилизация показателей клеточно-гуморального иммунитета наступала раньше, в среднем на 7 дней.

При изучении биоптатов, полученных из паравальцеровозной зоны желудка и двенадцатиперстной кишки, установлено, что изменения имели распространенный характер, иногда с выраженной перестройкой структуры слизистой. Наблюдалась картина значительной лимфоидно-клеточной инфильтрации, окружающей зону фибринозного покрова. Третья степень хронического поверхностного *Hp*-гастрита, характерная для больных с тяжелой кровопотерей, включала обильную полиморфно-клеточную ин-

фильтрацию, пронизывающую все слои слизистой оболочки и образующую 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% по сравнению с медикаментозным лечением — 75%).

Оперированы 338 больных. По срокам мы выделяли 3 вида операций: 1) экстренные — выполнялись в сроки до 12 ч с момента поступления больного в стационар, при неэффективном эндоскопическом гемостазе, при рецидиве кровотечения в стационаре — 69 (20,4%) больных; 2) срочные — выполнялись в сроки до 72 ч с момента госпитализации из-за угрозы рецидива кровотечения — 51 (15,1%) больной; 3) отсроченные — выполнялись через 2—4 нед после остановки кровотечения, когда компенсировались последствия острой кровопотери — 218 (64,5%) больных. Хирургическая активность в среднем составила 42,4%. Основным оперативным методом лечения ЯГДК была резекция желудка.

Таким образом, на основании полученных данных нами разработан алгоритм ведения больных с ЯГДК, который позволил улучшить результаты их оперативного лечения (см. рисунок).



## 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 лечению.

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. *Нр* в слизистой желудка встречается у 88,7% больных с ЯГДК. Он отсутствует чаще у больных со скрытым кровотечением и с легкой степенью кровопотери. Степень обсемененности *Нр* коррелирует со степенью кровопотери (коэффициент корреляции 0,786).

4. Язвенные гастродуоденальные кровотечения характеризуются иммунодефицитными состояниями в зависимости от степени тяжести кровопотери и проявляются снижением уровня клеток *CD3<sup>+</sup>* (коэффициент корреляции  $-0,946$ ), *IgG* (коэффициент корреляции  $-0,988$ ), увеличением уровня клеток *CD22<sup>+</sup>* (коэффициент корреляции 0,752).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И., Саркисов Д.С., Кубышкин В.А. и др. Клинико-морфологические особенности гигантских язв желудка. *Арх пат* 1994; 3: 13—19.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Рецидив острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. *Хирургия* 2003; 7: 43—49.
3. Жерлов Г.К., Истомина Н.П., Кейян С.В. К вопросу о хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Материалы всероссийской конференции хирургов “Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки”. Саратов 2003; 181.
4. Жерлов Г.К., Кошель А.П. и др. Выбор хирургической тактики при гастродуоденальных язвенных кровотечениях. *Вестн хир* 2001; 2: 160: 18—21.
5. Минушкин О.Н., Зверков И.В. Дифференцированное лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. *Тер арх* 1992; 64: 2: 48—52.
6. Панцырев Ю.М., Михалев А.И. и др. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. *Хирургия* 2000; 3: 21—25.
7. Forrest J., Pigue J.M., Teres J. et al. Predictive clinical factors of visible vessel in bleeding peptic ulcer. *Endoscopy* 1987; 19: 11—13.
8. Tytgat G., Janssens J., Reynolds J.C., Wicnbeck M. Update on pathophysiology and management of gastrooesophageal reflux disease the role of prokinetic therapy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1996; 8: 603—611.

Поступила 21.12.04