

(24)

отечно-инфильтративной форме РМЖ. В случаях развития узловой формы РМЖ прогностически неблагоприятным признаком, свидетельствующим о развитии метастазирования опухоли, является прогрессирующее снижение уровня Т-хелперов в крови при одновременном возрастании процентного содержания CD8-Т-лимфоцитов.

3. Ведущими механизмами нарушения элиминации малигнизированных клеток при различных клинических формах РМЖ являются подавление активности CD16-лимфоцитов, достигающее максимума при отеочно-инфильтративной форме РМЖ, а также недостаточность процессов кислородзависимого киллинга у фагоцитирующих лейкоцитов.

4. Показатели уровня CD16-лимфоцитов, CD4- и CD8-Т-лимфоцитов, а также индекса их соотношения, показатели хемилюминесценции могут быть рекомендованы в качестве дополнительных объективных критериев прогнозирования течения заболевания и оценки эффективности терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Артамонова Е. В. // Маммология. – 2007. – № 1–2. – С. 23–26.
2. Баймахашева А. Н. // Матер. IX Всеросс. онкол. конгресса: сб. науч. тр. – М., 2005. – С.166–167.
3. Головизнин М. В. // Иммунология. – 2001. – № 6. – С. 4–9.
4. Зайчик А. Ш., Чурилов Л. П. Основы общей патологии. – СПб., 1999. – Ч. I.
5. Кузьмина Е. Г., Ширина Т. С., Ватин О. Е. и др. // Росс. онкол. журн. – 2003. – № 2. – С. 32–36.
6. Куспаев Е. Н., Поляков В. И., Баспаева М. Б. // Матер. IX Всеросс. онколог. конгресса: сб. науч. тр. – М., 2005. – С. 139–140.
7. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. // Иммунология. – 2001. – № 4. – С. 4–6.
8. Чеснокова Н. П., Афанасьева Г. А., Герасимова М. В. // Успехи современного естествознания. – 2005. – № 7. – С. 24.
9. Чеснокова Н. П., Михайлов А. В. и др. // СМУ. – 2003. – С. 511.
10. Charafe-Jauffret E., Tarpin C., Bardou V. J. // J. Pathol. – 2004. – Vol. 202, № 3. – P. 265–273.
11. Salvarini C., Casali B., Salvo D. // Clin. Exp. Rheumatol. – 2000. – Vol. 9. – P. 241–246.

УДК 616.342–002.44–005.1–08

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

О. А. Краснов, К. С. Болотов, В. В. Павленко

МУЗ "Городская клиническая больница № 3 им. М. А. Подгорбунского", г. Кемерово

Изучены результаты лечения 146 больных при дуоденальной язве осложненной кровотечением, которым применена активно-выжидательная тактика ведения. У 145 больных после эндоскопической остановки кровотечения и проведенной заместительной, антисекреторной терапии лосеком и нексиумом удалось добиться стойкого гемостаза из кровотокащей дуоденальной язвы и избежать экстренного оперативного вмешательства. Применение малоинвазивных методов лечения при дуоденальной язве, осложненной кровотечением, позволяет снизить процент послеоперационных осложнений и свести к минимуму процент рецидива язвенной болезни.

*Ключевые слова:* язвенная болезнь, дуоденальное кровотечение.

## MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF DUODENAL ULCERS COMPLICATED BY BLEEDING

O. A. Krasnov, K. S. Bolotov, V. V. Pavlenko

*Abstract.* The results of treatment of 146 patients with duodenal ulcer complicated by bleeding are investigated; these patients were observed in an active-passive manner. In 145 patients after endoscopic surgery for bleeding and antisecretory and replacement therapies with Losek and the Nexium it was possible to achieve reliable hemostasis from the bleeding duodenal ulcer and to avoid urgent surgery. Use of low-invasion methods of treatment of duodenal ulcer complicated by bleeding, allows surgeons to lower down the percent of postoperative complications and to reduce to a minimum the percent of relapses of peptic ulcer.

*Key words:* peptic ulcer, duodenal bleeding.

Количество больных с осложненной дуоденальной язвой не имеет тенденции к снижению [3, 4, 8]. По данным ряда авторов, количество дуоденальных язв, осложненных кровотечением,

достигает 40 % [4, 7]. В группе больных, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, летальность при кровотечениях достигает 20 % [4, 8, 10]. Оказание хирург-

гической помощи пациентам при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, является важной задачей.

Кровотечением осложняются как острые, так и хронические язвы, которые, как правило, глубоко проникают в стенку двенадцатиперстной кишки и пенетрируют в соседние органы. В этих случаях кровотечения бывают массивными, так как кровеносные сосуды, зияющие в язве с плотными краями и дном, плохо тромбируются. Хирургическая тактика в лечении больных с острым кровотечением из язвы во многом зависит от точности диагноза, характера язвы (острая или хроническая). Число экстренных операций при лечении больных с кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки не снижается [5, 7, 11]. У больных в возрасте до 50 лет риск кровотечения из язвы составляет 11–13 %, а в более старшем возрасте – 24 % [6, 11]. Ранний рецидив кровотечения из язвы после его остановки возникает не менее чем в 25 % случаев. При этом в 90 % наблюдений ранние рецидивы кровотечения развиваются в течение ближайших 2–3 дней после прекратившегося на первый взгляд кровотечения. В 30 % случаев рецидив кровотечения развивается в течение ближайших 5 лет после первой геморрагии из язвы. После повторного кровотечения из язвы риск очередного рецидива кровотечения повышается до 60 % [6, 8, 11]. Спонтанно кровотечение останавливается в среднем у 70 % больных с кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки. В 30 % случаев кровотечения из язвы продолжается [4].

Без однозначного ответа пока остается вопрос о показаниях к хирургическому лечению больных с острым кровотечением из язвы [4–6]. При массивном кровотечении, когда диагноз ясен, кровопотеря велика и продолжается, выявляются неустойчивые показатели гемодинамики, отмечается рвота свежей или окисленной кровью и дегтеобразный кал, – вопрос о хирургической тактике решается просто – такие больные (после кратковременной подготовки или одновременно с ней) подлежат срочному хирургическому лечению. В настоящее время решающее значение в диагностике и хирургической тактике при массивных язвенных кровотечениях придает эндоскопическому исследованию [9, 10].

В 1974 г. J. A. N. Forrest и соавт. [10] описали эндоскопические признаки кровотечения из пептической язвы и систематизировали их. В настоящее время эта классификация получила признание во всем мире. Ее преимущество в том, что она является также базисом для определения тактики ведения больного с кровотечением.

Несмотря на успехи анестезиологии, реаниматологии, трансфузиологии, эндоскопии и других медицинских специальностей, проблемы лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями язвенной этиологии остаются.

Решить их одними техническими средствами не представляется возможным. Только с помощью системы организационных мер и оказания хирургической помощи больным с острыми желудочно-кишечными кровотечениями, рационально сочетающей в себе достижения многих медико-биологических специальностей, можно успешно преодолевать трудности оказания помощи таким больным.

#### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить результаты лечения больных при дуоденальной язве, осложненной кровотечением с учетом дифференцированного подхода в выборе лечебной тактики.

#### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В МУЗ "ГКБ № 3 им. М. А. Подгорбунского" г. Кемерово за период с 2002 по 2006 гг. находилось на лечении 146 пациентов с клиникой кровотечения из язв двенадцатиперстной кишки. Из них 76,7 % мужчин ( $n = 112$ ) и 23,3 % женщин ( $n = 34$ ).

Всем пациентам в экстренном порядке выполнялась фиброгастродуоденоскопия с диагностической, а в дальнейшем с лечебной целью. Для оценки состояния дуоденальной язвы и выбора лечебной тактики использовали классификацию J. A. N. Forrest, 1974 [8].

Тип I – активное кровотечение:

I a – пульсирующей струей (артериальное кровотечение);

I b – потоком (венозное кровотечение).

Тип II – признаки недавнего кровотечения:

II a – видимый (некровоточащий) сосуд;

II b – фиксированный тромб-сгусток;

II c – плоское черное пятно (черное дно язвы).

Тип III – язва с чистым (белым) дном.

Показаниями к применению эндоскопических методов гемостаза служат: активное, продолжающееся на момент осмотра кровотечение типов Forrest I a и Forrest I b; высокий риск рецидива кровотечения – типы Forrest II a и Forrest II b.

Выбор метода эндоскопического гемостаза зависит от интенсивности кровотечения и имеющихся в распоряжении эндоскописта аппаратуры и инструментария, а также от его собственных навыков и опыта. При активном кровотечении и в случае рецидива кровотечения в постгеморрагическом периоде применяли инъекционный метод (обкалывание язвы по периметру гипертоническим раствором адреналина в разведении 1:10 000 с последующим введением под основание сосуда склерозантов или коагулянтов в минимальных дозах). При наличии фиксированного тромба-сгустка (который часто прикрывает сосуд) производили удаление тромба-сгустка (активным отмыванием или гильотинным способом), затем – эндоскопический гемостаз и профилактику рецидива кровотечения из видимого сосуда. Всем

(24)

больным при поступлении в палату интенсивной терапии проводилась гемостатическая, заместительная терапия и в обязательном порядке назначались блокаторы протонной помпы. Препаратом выбора является лосек в дозе 80 мг/сут. внутривенно.

Для оценки степени тяжести кровотечения использовали классификацию, разработанную Г. П. Шорохом и соавторами [8], которая позволяет оценить степень тяжести кровотечения. Легкая степень кровотечения: количество эритроцитов выше  $3,1 \cdot 10^{12}/л$ , уровень гемоглобина больше 90 г/л, гематокритное число выше 30 %, частота пульса до 80 в 1 мин, артериальное давление выше 100 мм рт. ст. Средняя степень кровотечения: количество эритроцитов в пределах  $2,5-3,0 \cdot 10^{12}/л$ , уровень гемоглобина – от 70 до 89 г/л, гематокритное число – от 25 до 30 %, частота пульса – от 80 до 100 в 1 мин, систолическое артериальное давление – от 100 до 110 мм рт. ст. Тяжелая степень кровотечения: количество эритроцитов меньше  $2,5 \cdot 10^{12}/л$ , уровень гемоглобина ниже 70 г/л, гематокритное число ниже 25 %, частота пульса выше 100 в 1 мин, систолическое артериальное давление ниже 100 мм рт. ст.

Распределение больных в исследуемой группе по классификации Forrest представлено в табл. 1.

По степени тяжести кровотечения больные распределились следующим образом (табл. 2).

При дальнейшей тактике ведения больных с тяжелой степенью острой кровопотери и данными эндоскопического исследования предпочтение отдавалось активно-выжидательному методу.

Таблица 1

**Распределение больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, по классификации Forrest, %**

Пол	Forrest I		Forrest II			Forrest III
	I a	I b	II a	II b	II c	
Мужчины 76,7 (n=112)	1,9 (n=2)	8,0 (n=9)	14,3 (n=16)	16,9 (n=19)	25,0 (n=28)	33,9 (n=38)
Женщины 23,3 (n=34)	8,82 (n=3)	5,88 (n=2)	8,82 (n=3)	14,7(n=5)	20,58 (n=7)	41,2(n=14)
Всего (n=146)	3,4 (n=5)	7,5 (n=11)	13,0 (n=19)	16,4 (n=24)	24,0 (n=35)	35,6 (n=52)

Таблица 2

**Распределение больных с язвенным кровотечением по степени тяжести (n = 146)**

Пол боль-	Легкая сте-	Средняя сте-	Тяжелая сте-

ных	пень		пень		пень	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мужчины	10	6,8	47	32,2	55	37,7
Женщины	2	1,4	13	8,9	19	13,0
Всего	12	8,2	60	41,1	74	50,7

Пациентов, поступивших с остановившимся кровотечением, было большинство – 85 %. Больным с продолжающимся кровотечением Forrest I (11 человек) выполнялась фиброгастродуоденоскопия и эндоскопический гемостаз инфильтрационным способом. В этой группе больных у 7 пациентов фиброгастродуоденоскопический контроль проведен через 4 часа с профилактическим формированием инфильтрационной подушки при отсутствии клинических и эндоскопических признаков рецидива кровотечения. У 3 больных с Forrest I a и у 1 пациента с Forrest I b через 8 часов от момента поступления в стационар были выявлены признаки рецидива кровотечения, что послужило поводом к экстренной фиброгастродуоденоскопии. С учетом клинических данных и местных условий при проведении эндоскопического исследования этим пациентам повторно выполнен инфильтрационный гемостаз. При этом лишь в одном случае (Forrest I a) эндоскопический гемостаз был не эффективный, что потребовало оперативного лечения в экстренном порядке – лапаротомия, гастродуоденотомия, прошивание кровоточащего сосуда, пилоропластика и стволовая ваготомия. Пациент выписан с выздоровлением.

Больным с кровотечением Forrest II a (19 человек) при поступлении в стационар выполнена срочная диагностическая фиброгастродуоденоскопия, дополненная формированием инфильтрационной подушки вокруг язвенного дефекта с последующим фиброгастродуоденоскопическим контролем через 4 часа и инфильтрации тканей вокруг язвенной ниши с профилактической целью. Рецидива кровотечения не отмечено.

Больным с Forrest II b (24 человека) и Forrest II c (35 человек) при поступлении в стационар также выполнялась фиброгастродуоденоскопия и формирование инфильтрационной подушки вокруг язвенного дефекта. При этом при наличии клинических и эндоскопических признаках стойкого гемостаза контрольная фиброгастродуоденоскопия в экстренном порядке не выполнялась.

У больных с Forrest III (52 человека) проведена диагностическая фиброгастродуоденоскопия, применение каких либо активных действий не потребовалось. Всем пациентам, поступившим в стационар, проводилась консервативная гемостатическая, антисекреторная терапия: 80 мг лосека внутривенно в первые сутки и 40 мг лосека внутривенно в последующие трое суток. Продолжена терапия пероральным приемом нексиума в суточной дозе 40 мг на 7–10 дней.

Больные с остановленным кровотечением после коррекции всех показателей гомеостаза и заживления язвы были переведены в группу плановых. Пациенты (n = 92), у которых не было показаний для хирургического лечения после полного заживления язвенного дефекта на фоне антисекреторной терапии омепразолом и трехкомпонентной антигеликобактерной схемы лечения, были выписаны на амбулаторное лечение по месту жительства.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Активно-выжидательная тактика ведения больных с кровотечением из язвы двенадцатиперстной кишки помогла 145 больным, поступившим в хирургический стационар, после проведенной заместительной, антисекреторной терапии лосеком, нексиумом и эндоскопической остановки кровотечения добиться стойкого гемостаза из кровоточащей дуоденальной язвы, тем самым избежать экстренного оперативного вмешательства. Считается, что консервативная терапия с применением лечебной эндоскопии является основным методом лечения таких больных [2]. На основе прогностических критериев риска рецидива кровотечения по клинико-эндоскопическим данным, разработана активно-дифференцированная тактика, которая позволила добиться снижения рецидива кровотечения до 2,2 %, которая считается наиболее приемлемой [1].

У одного пациента консервативная терапия и лечебная фиброгастроуденоскопия были не эффективны, что явилось абсолютным показанием для экстренной лапаротомии. Выполненный минимальный объем оперативного вмешательства позволил добиться гемостаза и избежать летального исхода.

Таблица 3

**Структура операций, выполненных в плановом порядке больным, перенесшим язвенное дуоденальное кровотечение (n = 37)**

Вид операции	Количество больных
Лапаротомия с химической денервацией желудка	3
Лапаротомия с химической денервацией желудка в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке–Микуличу	3
Лапароскопическая комбинированная ваготомия	21
Лапароскопическая стволовая ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке–Микуличу из	5

минидоступа Резекция желудка по Гофместеру– Финстереру	5
--	---

После проведенного комплексного обследования и консервативной противоязвенной терапии у 54 больных выявлены относительные показания для планового оперативного лечения, 17 пациентов отказались от операции и были выписаны на амбулаторное лечение под наблюдение гастроэнтеролога с соответствующими рекомендациями, 37 пациентов оперированы в плановом порядке. Структура операций представлена в табл. 3.

Оперативное лечение, предпринятое в плановом порядке, позволило добиться хороших результатов, сопоставимых с результатами других авторов [1], и избавить пациентов от рецидива язвенной болезни и возможных ее осложнений при низком проценте послеоперационных осложнений и отсутствии летальности.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение малотравматичных методов хирургического лечения при осложненной дуоденальной язве позволяет снизить процент послеоперационных осложнений при отсутствии летальных исходов и патогенетически воздействовать на механизмы язвообразования, тем самым свести к минимуму процент рецидива язвенной болезни.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В. К., Евсеев М. А., Цединов Б. А. и др. // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: матер. конф. – Саратов, 2003. – С. 105.
2. Демидов В. М., Демидов С. М., Кулиш С. А. и др. // Там же. – Саратов, 2003. – С. 243.
3. Козлова И. В., Елисеев Ю. Ю., Пахомова А. Л. // Болезни органов пищеварения. – 2005. – № 5. – С. 86–91.
4. Курбанов К. М., Назаров Б. О. // Хирургия. – 2005. – № 12. – С. 33–35.
5. Нуритдинов А. Т., Мехманов А. М., Касымов А. Л. // Хирургия. – 2002. – № 2. – С. 18–20.
6. Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров В. Д. // Хирургия. – 2003. – № 3. – С. 43–49.
7. Подолужный В. И., Краснов О. А., Иванов С. В. и др. // Ресурсосберегающие технологии при оказании специализированной медицинской помощи. – Новосибирск, 2003. – С. 43–46.
8. Шорох Г. П., Климович В. В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения (тактика и лечение). – М., 1998.
9. Яицкий Н. А., Седов В. М., Морозов В. П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 376 с.
10. Forrest J. A. H., Finlayson N. D. S., Sherman D. J. C. // Lancet. – 1974. – № 17. – P. 394–397.
11. Holscher A. H., Bollschweiler E., Monig S. P. // Internist (Berl). – 2006. – Vol. 6 – P. 101–108.
12. Hurtado-Andrade H. // Rev. Gastroenterol. Mex. – 2003. – Vol. 68, № 2. – P. 143–55.