

УДК 616.34-005.1 шифр 14.00.05

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, В МУНИЦИПАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЕ С УЧЕТОМ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ

Горшенин Т.Л.¹, Могила А.И.², Кисленко А.М.³, Сидоренко В.А.⁴,
Смирнов Ал.Ан.⁵, Русакевич К.И.⁶, Смирнов Ал.Ал.⁷

¹ Санкт-Петербургский госпиталь ветеранов войн

² Украинская военно-медицинская академия, Новгородский государственный университет им. Я. Мудрого, aimogila@yandex.ru,

³ Центральный военный клинический госпиталь ВВС, г. Красногорск

⁴ Госпиталь ГУВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области

⁵ МУЗ «Выборгская городская больница» Ленинградской области

⁶ ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава»,

⁷ МУЗ «Выборгская городская больница» Ленинградской области

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — распространенное заболевание. К одному из наиболее грозных осложнений данной патологии относится кровотечение из язвы. Показатели частоты язвенных кровотечений на протяжении последних 20 лет не снижается, а, по данным некоторых авторов, даже имеют тенденцию к увеличению. Показатели общей летальности при язвенных кровотечениях в настоящее время составляет 13-15 %, а послеоперационная колеблется от 12 до 21%. Результаты лечения больных язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, проанализированы с учетом эффективности внедрения активно-дифференцированной хирургической тактики в практическую деятельность врачей хирургического отделения муниципальной больницы районного центра. В результате отмечено снижение частоты случаев проведения экстренных оперативных вмешательств до 4 %, а уровня послеоперационной летальности — до 8 %.

Ключевые слова: кровотечение, язвенная болезнь, двенадцатиперстная кишка.

Введение

Язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) относится к числу наиболее часто встречающейся патологии желудочно-кишечного тракта. Это заболевание имеет четкую тенденцию к увеличению слу-

чаев выявления, учащению частоты рецидивов, увеличению показателей смертности и до сих пор остается одной из проблем гастроэнтерологии в плане организации лечения [1]. Только в России на учете состоит около 3 миллионов больных язвенной болезнью [23],

среди которых ежегодно умирают около 6 000 человек [3]. Большинство больных ЯБ ДПК (83,1 %) — люди трудоспособного возраста [4]. К одному из наиболее опасных осложнений хронической язвенной болезни относится острое кровотечение из язвы [5]. Частота случаев язвенных кровотечений на протяжении последних 20 лет не уменьшается, а уровень осложненного течения язвенной болезни даже имеет тенденцию к увеличению [6]. В последние десятилетия происходит некоторое снижение числа плановых операций, проводимых по поводу язвенной болезни ДПК (более чем в 2 раза). В то же время наблюдается рост числа экстренных хирургических вмешательств, осуществляемых в связи с развитием осложнений ЯБ [7]. Несмотря на успехи гастроэнтерологии, показатели общей летальности при язвенных кровотечениях в настоящее время составляют 13-15 %, а уровень послеоперационной летальности колеблется от 12 до 21 % [8].

Цель работы состояла в оценке эффективности внедрения новых хирургических технологий в практическую деятельность хирургических отделений больниц малых городов и населенных пунктов сельской местности.

Материалы и методы

Проведена ретроспективная оценка результатов лечения 321 пациента, которые с 1994 по 2008 гг. проходили лечение по поводу кровотечения из дуоденальной язвы в хирургическом отделении Выборгской городской больницы Ленин-

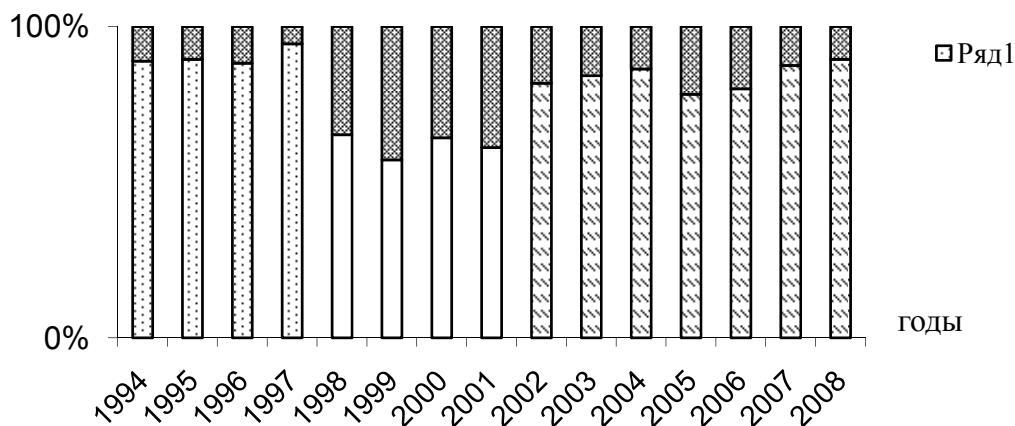
градской области. Показатели хирургической активности в отношении больных, госпитализированных в МУЗ «Выборгская городская больница», графически представлены на рисунке.

Среди больных выделены 3 группы пациентов. В первой группе изучены результаты лечения больных, госпитализированных в 1994-1997 гг. — 63 человека Больные, поступившие в больницу в 1998-2001 гг., составили вторую группу (104 человека). По материалам этой группы пациентов оценивалась эффективность внедрения в деятельность специалистов МУЗ хирургической тактики, принятой в специализированной клинике абдоминальной (факультетской) хирургии Военно-медицинской академии (ВМедА). Эта тактика заключалась в активном хирургическом подходе в отношении оказания медицинской помощи больным язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, с выполнением малотравматичной органосохраняющей операции – ваготомии с дренирующими желудок операциями (ДЖО).

Третью группу исследования составили 154 пациента с кровоточащей язвой ДПК, поступившие в городскую больницу в период 2002-2008 гг. По материалам о больных этой группы изучалась эффективность активного использования в деятельности специалистов МУЗ методик эндоскопического достижения гемостаза (орошение кровоточащей язвы капрофером, эндоклипирование периульцерозных тканей и т.д.)

и сопровождение хирургических технологий оказания медицинской помощи патогенетическим противоязвенным медика-

ментозным лечением (омепразол первая доза 80 мг в виде болуса, далее инфузионно по 8 мг в час в течение 72 часов).



Распределение клинических наблюдений по периодам исследования (1994-2008 гг.)

На момент поступления пациентов в хирургическое отделение больницы степень кровопотери у больных исследуемых групп была сопоставима за весь период наблюдения и оказывалась: легкая – в 31 % случаев, средняя — у 51 % паци-

ентов и тяжелая — в 18 % наблюдений. Методы эндоскопического гемостаза и их частота использования у больных язвой ДПК, осложненной кровотечением и госпитализированных в МУЗ, представлены в табл. 1.

Таблица 1

Частота использования методов эндоскопической остановки кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки

Метод гемостаза	Годы наблюдения			Итого (%)
	1994-1997	1998-2001	2002-2008	
эндоклипирование сосудов в язве и периаульцерозной зоне	-	-	27 (17,5)	27 (8,4)
орошение язвенного дефекта капрофером	-	-	71 (46,1)	71 (22,1)
другие методы достижения эндоскопического гемостаза	-	-	6 (3,9)	6 (1,9)
Всего госпитализировано	63	104	154	321 (100)

Результаты и их обсуждение

Представленные данные свидетельствуют о том, что в 1994-2001 гг. лечебные эндоскопические манипуляции при оказа-

нии медицинской помощи больным в Выборгской городской больнице не применялась ни в одном случае. В дальнейшем, в 2002–2008 гг., методы эндоскопического

гемостаза при кровотечениях из дуоденальной язвы использовались в 67,5 % наблюдений. В 2007–2008 гг. частота использования эндоскопических методов при язвенных кровотечениях достигала 88 %.

Наиболее высокая частота развития рецидивов кровотечения из язвы (как самых опасных состояний в плане дальнейшего ведения пациентов) регистрировалась в группе больных с выжидательной тактикой (1994–1997 гг.) — 31 %. На фоне внедрения активной хирургической тактики (1998–2001 гг.) повторное развитие геморрагии регистрировалось в 19 % наблюдений. Наименьше число рецидивов отмечалось в третьей группе исследования (10,6 %): после выполнения эндоклипирования рецидив геморрагии диагно-

стировался в 7 % наблюдений, после оростирова язвенного дефекта капрофером — в 13 % случаев.

В период с 1994–2008 гг. по поводу кровотечения из дуоденальной язвы прооперирован 71 больной. Виды хирургических вмешательств, выполняемых больным этой групп, представлены в табл. 2.

Наименьшая хирургическая активность отмечена в отношении пациентов первой группы (1994–1997 гг.) — 9,5 %. Больным этого контингента лечение проводилось преимущественно консервативными методами. Хирургическое вмешательство осуществлялось лишь в случае явно продолжающегося кровотечения на фоне тяжелой степени кровопотери — как «операция отчаяния».

Таблица 2
Виды хирургических вмешательств, проводимых в Выборгской городской больнице, у больных с язвенными дуоденальными кровотечениями

Вид оперативного вмешательства	Число наблюдений в годах			Всего (%)
	1994-1997	1998-2001	2002-2008	
резекция желудка	5	3	-	8 (11,3)
стволовая ваготомия с пилоропластикой	-	35	23	58 (81,7)
другие операции	1	2	2	5 (7,0)
Всего	6	40	25	71 (100)

В период 1998-2001 гг. в деятельность хирургического отделения Выборгской городской больницы внедрены принципы активной хирургической тактики, используемые в клинике абдоминальной (факультетской) хирургии ВМедА. Это позволило качественно изменить резуль-

таты лечения больных кровотечениями из дуоденальной язвы. Как следует из данных, представленных в табл. 2, в этот период оперированы 40 человек (38,4 %), что в 4 раза превышало аналогичный показатель предыдущего периода исследования. В дальнейшем (с 2002 г.) в Вы-

боргской городской больнице была внедрена активно-дифференцированная тактика, при которой учитываются результаты использования трансэндоскопических методик местного воздействия на язвенный субстрат. При данной тактике во внимание также принимается качество медикаментозной терапии достижения

гемостаза у больных ЯБ на фоне проведения хирургического лечения и в случае отказа от него.

Распределение клинических наблюдений с учетом устойчивости гемостаза, на фоне которого выполнялось хирургическое вмешательство по поводу кровотечения из язвы ДПК, отражено в табл. 3.

Таблица 3

Характер гемостаза у больных язвой ДПК, осложненной кровотечением, при проведении им хирургического вмешательства в Выборгской ГБ

Годы наблюдения	Число хирургических вмешательств, проводимых на фоне гемостаза			Всего
	Forrest-I A-B	Forrest-II A-B	Forrest -IIС-III	
1994	1	-	-	1
1995	1	1	-	2
1996	1	1	-	2
1997	-	-	1	1
Всего	3	2	1	6
1998	4	3	1	8
1999	8	5	2	15
2000	4	6	-	10
2001	3	3	1	7
Всего	19	17	4	40
2002	-	3	1	4
2003	-	1	2	3
2004	1	2	1	4
2005	-	4	-	4
2006	-	5	-	5
2007	-	3	-	3
2008	-	2	-	2
Всего	1	20	4	25
Итого	23 (32,4)	39 (54,9)	9 (12,7)	71 (100)

Сведения, представленные в табл. 3, свидетельствуют о том, что количество хирургических вмешательств, проводимых на фоне продолжающегося кровотечения в 2002-2008 гг., значительно снизилось по сравнению с периодом 1994-1997 гг. Данный факт, очевидно, отражает эффективность внедрения в практику деятельности

специалистов МУЗ методов эндоскопического гемостаза (эндоклипирование, орошение язвенного дефекта гемостатическими препаратами и др.), а также широкого применения системных медикаментозных средств, направленных на остановку кровотечения из язвенного дефекта и профилактику возможного повторного рецидива

геморрагии из язвы. При этом необходимость в выполнении хирургических вмешательств в экстренном порядке (на фоне продолжающегося кровотечения и выраженной кровопотери) уменьшилась. По достижении устойчивого гемостаза пациенты нередко отказывались от проведения операции. После получения рекомендаций

по лечению и предупреждению обострений заболевания и рецидивов кровотечения больные выписывались под наблюдение и лечение по месту жительства.

Среди пациентов, оперированных в период с 1994 по 1997 гг. в раннем послеоперационном периоде, констатированы 3 случая смерти пациентов (табл. 4).

Таблица 4

Показатели послеоперационной летальности в Выборгской ГБ у больных, оперированных по поводу язвы ДПК, осложненной кровотечением

Год	Число случаев послеоперационной летальности в группе больных кровоточащей язвой ДПК	Всего прооперированно пациентов
1994	1	1
1995	1	2
1996	1	2
1997	-	1
Всего	3 (50 %)	6 (100 %)
1998	3	8
1999	4	15
2000	2	10
2001	-	7
Всего	9 (22,5 %)	40 (100 %)
2002	-	4
2003	-	3
2004	-	4
2005	1	4
2006	-	5
2007	-	3
2008	1	2
Всего	2 (8 %)	25 (100 %)
Итого	14	71

Особо обращает на себя внимание тот факт, что все неблагоприятные исходы произошли после выполнения больным резекции желудка, осуществляемой на фоне кровопотери средней и тяжелой степени. В период с 1998 по 2001 гг. на фоне активной хирургической тактики с применением ство-

ловой ваготомии с пилоропластикой показатель послеоперационной летальности снизился в 2 раза по сравнению с аналогичными показателями в группе больных, оперированных с 1994 по 1997 гг. Данное обстоятельство, очевидно, свидетельствует об эффективности принятой хирургической так-

тики, когда в ургентной ситуации ваготомии с ДЖО отдается предпочтение по сравнению с резекцией желудка.

В группе оперированных больных кровоточащей язвой ДПК, у которых наряду с выполнением ваготомии проводилось целенаправленное противоязвенное лечение в качестве терапевтического сопровождения хирургического вмешательства (2002–2008 гг.), показатель послеоперационной летальности оказался в 6 раз ниже, чем у пациентов, лечившихся в Выборгской городской больнице в 1994–1997 гг., и ниже в 2,5 раза по сравнению с группой больных, которым в 1998–2001 гг. ваготомия с ДЖО выполнялась без использования методов эндоскопического гемостаза и без сопроводительного патогенетического медикаментозного лечения.

Данная динамика показателя послеоперационной летальности может быть объяснена рядом факторов. Прежде всего практически всем пациентам, поступившим в больницу в 2002–2008 гг., до операции проводилось эндоскопическое исследование, что способствовало быстрой верификации заболевания и источника кровотечения. При этом в большинстве случаев (67 %) выполнялась лечебная эндоскопия, обеспечивающая раннюю остановку кровотечения и возможность отсрочки операции до стабилизации состояния больных. Наряду с хирургическим лечением больным кровоточащей язвой ДПК проводились и мероприятия систем-

ной медикаментозной терапии, направленные на достижение устойчивого гемостаза и уменьшение осложнений хирургического вмешательства.

В проведенном исследовании также проанализированы данные о течении раннего послеоперационного периода. Ввиду небольшой выборки наблюдений представленные данные не могут считаться безапелляционными с точки зрения доказательной медицины, однако проведенный анализ позволяет констатировать факт более гладкого течения послеоперационного периода у больных, оперированных в 2002–2008 гг. Частота случаев развития осложнений после стволовой ваготомии с ДЖО у пациентов на фоне сопровождения послеоперационного периода проведением специфической противоязвенной терапии в 2002–2008 гг. была в 1,6 раз ниже по сравнению с таковой в группе пациентов, у которых методы противоязвенной медикаментозной терапии при проведении хирургического вмешательства в 1998–2001 гг. не применялись. Кроме того, это объясняется также целенаправленным использованием при лечении больных кровоточащей язвой ДПК эндоскопических методов гемостаза перед проведением хирургического вмешательства.

В целом внедрение технологии ВМедА при лечении больных кровоточащей язвой ДПК в практической деятельности специалистов МУЗ способствовало достижению

остановки внутреннего кровотечения неоперативными методами и создавало условия для более качественной подготовки пациента к хирургическому вмешательству. Таким пациентам удавалось выполнить необходимые лабораторные и инструментальные обследования, восполнить кровопотерю, провести комплексную оценку состояния организма, спрогнозировать (выбрать) объем предстоящей операции и выполнить адекватное хирургическое вмешательство отсрочено или в плановом порядке. Уменьшение числа случаев применения такой сложной и травматичной операции, как резекция желудка, также способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений.

Заключение

Таким образом, использование инновационных подходов в повседневной деятельности врачей лечебно-профилактических учреждений муниципальных образований позволяет значительно улучшить результаты лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Подобная тактика в Выборгской городской больнице Ленинградской области в 2002–2008 гг. по сравнению 1994–2001 гг. позволила снизить количество оперативных вмешательств, проводимых на фоне продолжающегося кровотечения, в 11 раз и уменьшить показатели летальности на 18 %. При использовании неоперативных методов сопровождения хирургических технологий число случаев осложненного течения в ран-

нем послеоперационном периоде уменьшилось в 1,6 раза по сравнению с таковым в группе пациентов, при оказании медицинской помощи которым методы противоязвенного медикаментозного лечения на фоне проведения хирургического вмешательства не использовались.

Список литературы

1. Gisbert J.P. Risk assessment and outpatient management in bleeding peptic ulcer / J.P.Gisbert, J.Legido, I.Castel at all // Pajares J. Clin Gastroenterol. – 2006. – Vol. 40, №2. – P.129-134.
2. Страчунский Л.С. Ведение больных язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях: результаты многоцентрового российского фармакоэпидемиологического исследования / Л.С. Страчунский, В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина, Н.И. Дехнич и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т.15, №6. – С. 16-21.
3. Чернооков А.И. Тактика хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением / А.И. Чернооков, Б.А. Наумов, Е.Н. Белых, Е.С. Сильчук, А.Ю. Катаев // Анналы хирургии. – 2010. – № 1. – С. 12-16.
4. Казымов И.Л. Тактика лечения кровоточащих гастродуоденальных язв / И.Л. Казымов, Ф.С. Курбанов // Хирургия. – 2009. – №1. – С. 33-37.
5. Albeldawi M. Managing acute upper GI bleeding, preventing recurrences / M. Albeldawi, M.A. Qadeer, J.J. Vargo // Cleve. Clin. J. Med. – 2010. – Vol.77, №2. – P. 131-142.

6. Гостищев В.К. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Головин // Хирургия. – 2009. – №3. – С. 10-16.
7. Луцевич Э.В. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? / Э.В.Луцевич, И.Н. Белов // Хирургия. – 2008. – №1. – С. 4-7.
8. Лебедев, Н.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв / Н.В. Лебедев, А.Е.Климов, Т.В. Бархударова // Хирургия. – 2009. – №2. – С. 32-34.

**RESULTS OF TREATMENT OF DUODENAL ULCER
COMPLICATED BY BLEEDING IN MUNICIPAL HOSPITAL,
TAKING INTO ACCOUNT TECHNOLOGICAL
AND ORGANIZATIONAL APPROACHES**

**Gorshenin T.L.¹, Mogila A.I.², Kislenco A.M.³, Sidorenko V.A.⁴,
Smirnov Al.An.⁵, Rusakevich K.I.⁶, Smirnov Al.Al.⁷**

¹ *St.-Petersburg hospital of veterans of wars*

² *Ucrainian army medical college, Novgorod State university of J.Mudrogo,
aimogila@yandex.ru,*

³ *Central military clinical hospitals of the Air Forces, Krasnogorsk,*

⁴ *Hospital of the Municipal Department of Internal Affairs across
St.-Petersburg and Leningrad region,*

⁵ *The Vyborg city hospital, Leningrad region*

⁶ *The St.-Petersburg State medical university of acad. I.P. Pavlova Roszdrava*

⁷ *The Vyborg city hospital, Leningrad region*

Duodenal ulcer is a widespread disease. One of the most dangerous complications of this pathology is bleeding. During the last 20 years the frequency of duodenal bleeding hasn't being declined. According to some publications even has the tendency to growth. General mortality from duodenal bleeding is 13-15% while postoperative mortality is 12-21%. To improve the results of treatment we analyzed the efficacy of actively differentiated surgical tactics and minimally invasive surgical in physicians practice of municipal hospital surgical department. As a result it was admitted that quantity of urgent operative treatments was declined till 4% and postoperative mortality level till 8%.

Keywords: bleeding, peptic ulcer, duodenum.