

УДК 616.34-005.1

## СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С УЧЕТОМ КОМПЬЮТЕРНОГО ПРОГНОЗА ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

<sup>1</sup>Могила А.И., <sup>2</sup>Горшенин Т.Л., <sup>3</sup>Кисленко А.М., <sup>4</sup>Сидоренко В.А.,  
<sup>5</sup>Смирнов А.А., <sup>6</sup>Русакевич К.И., <sup>5</sup>Смирнов А.А.

<sup>1</sup>Новгородский государственный университет им. Я. Мудрого,  
Великий Новгород, e-mail: aimogila@yandex.ru;

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский госпиталь ветеранов войн, Санкт-Петербург;

<sup>3</sup>Центральный военный клинический госпиталь ВВС, Красногорск;

<sup>4</sup>Госпиталь ГУВД по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области,  
Санкт-Петербург;

<sup>5</sup>МУЗ «Выборгская городская больница», Выборг;

<sup>6</sup>ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова Росздрава», Санкт-Петербург

В работе проанализирована эффективность использования компьютерной программы прогноза течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В результате исследования установлено, что проведение консервативного лечения у пациентов с заранее прогнозируемым осложненным течением заболевания достоверно позволяет снизить ( $p < 0,05$ ) вероятность осложнений язвенной болезни кровотечением. Данное осложнение на фоне превентивного консервативного лечения констатировалось лишь в 36% больных. Однако, несмотря на успехи консервативных мероприятий при оказании медицинской помощи данной категории пациентов, терапия должна использоваться только в случае отказа пациентов от хирургического лечения или невозможности его проведения по каким-либо другим причинам.

**Ключевые слова:** кровотечение, язвенная болезнь, двенадцатиперстная кишка

**Введение.** Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) относится к группе наиболее распространенных заболеваний среди взрослого населения. Частота ее встречаемости в популяции составляет в среднем от 7 до 15% [1]. Только в России на учете находятся около 3 млн больных язвенной болезнью [2], каждый десятый, из которых, оперирован по причине осложнения этого заболевания [3, 4].

За последние несколько десятилетий существенно изменились возможности обследования и лечения больных язвенной болезнью. В частности, усовершенствованы эндоскопические технологии, созданы и успешно используются новые лекарствен-

ные средства, разработаны оригинальные схемы эрадикационной терапии [5, 6]. Существенный прогресс отмечается также в обследовании и лечении больных кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки, которая является наиболее частой причиной развития состояний внутреннего кровотечения (30–35% случаев) [7, 8].

Однако, несмотря на широкое внедрение эндоскопических методов в медицинскую практику со всеми их возможностями быстрой и достоверной верификации источника кровотечения с лечебным воздействием непосредственно на кровоточащую язву, а также разработки критериев выбора хирургических операций, результаты ока-

зания медицинской помощи нередко остаются неудовлетворительными [9]. Частота случаев летальных исходов по причине острых кровотечений язвенной этиологии занимает второе место после панкреонекроза при острых заболеваниях живота [10]. В связи с этим проблема оказания медицинской помощи больным при кровотечении из дуоденальной язвы еще далека от решения, а вопросы улучшения качества лечебных мероприятий таким пациентам требуют дальнейшего изучения.

**Цель работы** состояла в изучении возможностей предотвращения кровотечения из язвы при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных с прогнозируемым осложненным течением заболевания при их отказе от хирургического лечения.

#### Материалы и методы

Для оценки эффективности предотвращения развития кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки при его прогнозе

была обследована группа пациентов неосложненной дуоденальной язвой из 132 человек, у которых, по данным компьютерной программы «Прогноз в гастроэнтерологии», прогнозировалось кровотечение из язвы. Достоверность используемой программы составляет 80%. Пациенты исследуемой группы находились под диспансерным наблюдением врачей центральных районных больниц Ленинградской области (71 чел.) и Областной клинической больницы (61 чел.). До обследования ни у одного из больных этой группы эпизодов кровотечения в анамнезе не было и хирургическое лечение не проводилось. Однако большинство из них отмечали проявления язвенной болезни в течение 3–5 лет и более. Длительность язвенного анамнеза у больных данной группы представлена в табл. 1.

**Таблица 1**

Сведения о длительности анамнеза заболевания у больных язвой ДПК

Длительность анамнеза, лет	0–1	1–2	2–3	3–4	4–5	5–6	6–7	7–8	8–10
Число больных, чел	1	1	9	19	29	31	22	11	9

Большинство больных, у которых прогнозировалось развитие кровотечения из язвы

двенадцатиперстной кишки, составили мужчины в возрасте от 31 до 40 лет (31%) (табл. 2).

**Таблица 2**

Распределение больных язвой двенадцатиперстной кишки по полу и возрасту

Возраст, лет	Число больных, которым проводилось лечение, чел		Всего
	мужчины	женщины	
до 20	8	2	10
21–30	19	5	24
31–40	31	10	41
41–50	29	9	38
51–60	12	2	14
более 60	4	1	5
Всего	103	29	132

Соотношение мужчин и женщин составило в среднем 1 : 4, что соизмеримо с таковым при неосложненном течении дуоденальной язвы. Это, вероятно, свидетельствует о том, что пол пациента существенно не влияет на течение язвенной болезни в отношении ее осложнения кровотечением.

**Результаты исследования и их обсуждение**

С учетом неблагоприятных результатов компьютерного прогноза всем пациентам с язвенной болезнью ДПК было предложено хирургическое лечение. В 34 случаях больные согласились на выполнение им хирургического лечения, остальные – от оперативного вмешательства отказались (табл. 3).

**Таблица 3**

Распределение больных дуоденальной язвой с учетом проводимого им лечения

Число больных, которым проводилось лечение, чел			
оперативное		консервативное	
мужчины	женщины	мужчины	женщины
-	-	8	2
3	1	16	4
8	2	23	8
11	4	18	5
3	1	9	1
1	-	3	1
26	8	77	21
34		98	

В плановом порядке в превентивных целях хирургическое лечение проведено 34 пациентам (25,7%). Виды проведенных операций отражены в табл. 4. Эндовидеоваготомия, дополняемая пилоропластикой, была выполнена 21 чел., резекция желудка проводилась в 12 случаях и ваготомия

с антрумэктомией проведена 1 пациенту. У всех больных послеоперационный период протекал благоприятно, летальных исходов не было. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение врачей-терапевтов по месту жительства.

**Таблица 4**

Виды проведенных вмешательств больным, у которых кровотечение из язвы прогнозировалось по результатам компьютерного тестирования

Виды операции	Число наблюдений, чел
Эндовидеоваготомия с пилородилятацией	21
Резекция желудка	12
Ваготомия с антрумэктомией	1
Всего	34

В 98 случаях (74,3%) пациенты, несмотря на высокую степень вероятности осложнения язвенной болезни кровотечением по данным компьютерного тестирования, от

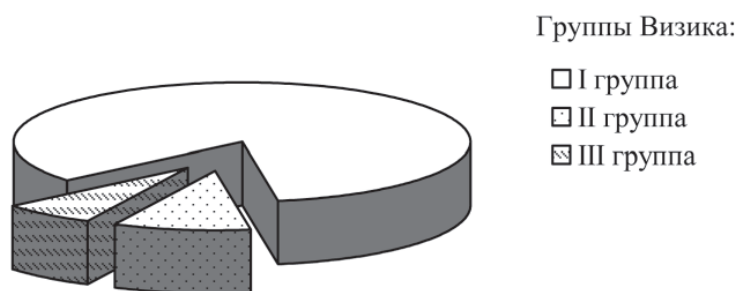
оперативного лечения отказались. Им на момент обострения заболевания был проведен курс консервативного лечения с учетом возможного неблагоприятного прогноза: анта-

циды, омепразол – первая доза 80 мг в виде болюса, далее инфузионно по 8 мг в час в течение 72 часов, затем в капсулированном виде внутрь, сукральфат по 2 г каждые 6 часов, актовегин внутривенно капельно по 250 мл раствора для инфузий со скоростью 2-3 мл/мин 1 раз в сутки ежедневно в течение 10 дней, затем в течение 1 месяца актовегин по 1-2 драже 3 раза в сутки перед едой, эрадикационная терапия при положительной верификации *Helicobacter pylori*, физиотерапевтическое лечение. В случае диагностики рецидива язвенной болезни проводился повторный курс консервативного лечения.

За больными обеих групп наблюдали 3 года. В течение этого периода сведения имеются о 117 пациентах (о 31, перенесших оперативное лечение язвенной болезни, и о 86 пациентах, лечившихся исключительно

консервативными методами). Из 15 больных, с которыми контакт был прерван, 2 человека умерли от причин, не связанных с язвенной болезнью, 4 больных сменили место жительства и 9 пациентов прекратили переписку по неизвестным причинам.

В течение трехлетнего периода наблюдения за пациентами, перенесшими хирургическое лечение (31 чел.), осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки кровотечением не наблюдалось ни в одном случае. Большинство больных считали себя вылечившимися, т.к. у них не было клинических проявлений язвенной болезни. При анализе отдаленных результатов по Визигу к I группе отнесены 26 пациентов, ко II группе – 3 больных и к III группе – 2 человека, которым выполнялась резекция желудка. Больных, которых можно было бы отнести к IV группе по Визигу, не было (рис. 1).



*Рис. 1. Результаты хирургического лечения больных язвой двенадцатиперстной кишки, у которых прогнозировалось кровотечение из язвы*

Наиболее часто в отдаленном периоде после операции отмечались диспептические расстройства и периодические неинтенсивные боли в животе, которые регулировались соблюдением диетических рекомендаций.

Мы также располагаем 3-летними сведениями о 86 больных, которые отказались от хирургического лечения. Все эти больные были предупреждены о прогнозируемой возможности осложнения их заболевания кровотечением.

В течение 3-х лет после выписки из стационара в 88% случаях больные, отказав-

шиеся от проведения оперативного лечения заболевания, несмотря на систематически проводимую противоязвенную терапию с учетом неблагоприятного прогноза, продолжали страдать язвенной болезнью. В течение этого периода язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки осложнилась кровотечением у 31 больного (36% случаев), у 21 пациента заболевание осложнилось перфорацией язвы и в 3 случаях развилась пенетрация (рис. 2). Все больные были оперированы по экстренным показаниям. Летальность среди пациентов этой группы составила 17%.

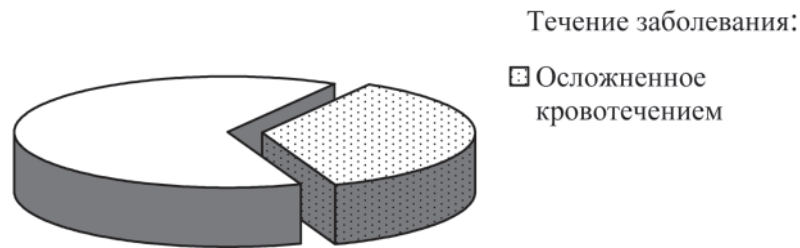


Рис. 2. Течение язвенной болезни ДПК при прогнозе кровотечения из язвы у больных, отказавшихся от хирургического лечения

Учитывая, что достоверность компьютерной программы прогнозирования течения язвенной болезни составляет 80%, представленные сведения могут свидетельствовать о том, что разработанная медикаментозная терапия достоверно ( $p < 0,05$ ) снижает риск развития дуоденального кровотечения у больных с неблагоприятным прогнозом течения заболевания.

#### Заключение

Прогнозирование течения язвенной болезни возможно. Возможен прогноз и кровотечения из язвы. Это позволяет своевременно, еще до осложнения заболевания кровотечением, выполнить оперативное вмешательство и улучшить качество жизни пациентов, обреченных на постоянное медикаментозное лечение или на проведение им операции по экстренным показаниям в условиях развившегося осложнения. Это даёт возможность полагать, что проведение превентивного хирургического лечения больным, у которых по данным компьютерного тестирования прогнозируется кровотечение, оправдано.

В 93% наблюдений пациентов после проведенного им хирургического лечения можно было отнести к I и II группам по градации Визика. Данное обстоятельство указывает на высокую эффективность как используемой программы прогнозирования течения и исхода заболевания, так и оперативных мероприятий у больных с прогнозируемым осложненным течением язвенной болезни.

У пациентов с неблагоприятным прогнозом течения заболевания, отказавшихся от хирургического лечения, проведение целенаправленной медикаментозной терапии достоверно ( $p < 0,05$ ) снижало количество осложнений язвенной болезни кровотечением. У этой категории пациентов, несмотря на прогноз развития кровотечения, данное осложнение констатировалось лишь в 36% случаев.

Однако, несмотря на положительные успехи консервативных мероприятий при оказании медицинской помощи таким пациентам, оно должно использоваться только в случае отказа пациентов от хирургического лечения или невозможности его проведения по каким-либо другим причинам.

#### Список литературы

1. Демина Е.И. Изменение физического статуса и качества жизни больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне лечения пантопрозолом / Е.И. Демина, И.И. Белова // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2010. – № 1. – С. 16–20.
2. Страчунский, Л.С. Ведение больных язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях: результаты много центрального российского фармакоэпидемиологического исследования / Л.С. Страчунский, В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т. 15, №6. – С. 16–21.
3. Осипов В.В. Нейросенсорная модель определения лечебной тактики у больных язвенной болезнью / В.В. Осипов, В.П. Петров, С.В. Есин, Е.Н. Тимин // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 8–13.

4. Бакулев Н.В. Социально-экономическая значимость внедрения новых технологий в практику лечения гастродуоденальных язв / Н.В. Бакулев, Г.К. Наседкин // Экономика здравоохранения. – 2004. – Т. 82, № 3. – С. 22–25.
5. Furuta T. Pharmacologic aspects of eradication therapy for *Helicobacter pylori* Infection / T. Furuta, D.Y. Graham // *Gastroenterol. Clin. North. Am.* – 2010. – Vol.39, №3. – P. 465–480.
6. O'Connor A. Treatment of *Helicobacter pylori* infection 2010 / A.O'Connor, J.P. Gisbert, D. McNamara, C. O'Morain // *Helicobacter.* – 2010. – № 1. – P. 46–52.
7. Шехтман М.М. Кровотечения из органов пищеварения / М.М. Шехтман, О.В. Козина // *Гинекология.* – 2009. – № 6. – С. 12–16.
8. Arkkila P.E., Seppala K., Kosunen T.U. et al. *Helicobacter pylori* eradication as the sole treatment for gastric and duodenal ulcers / P.E. Arkkila, K. Kosunen, T.U. Seppala et al. // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2005. – №17 (1). – P. 93–101.
9. 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.
10. Возгомент А.О. Хирургическая тактика и причины летальности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / А.О. Возгомент, В.Н. Репин, И.М. Ткаченко, Т.Ю. Кравцова, Л.М. Костылев // *Хирургия.* – 2010. – № 3. – С. 27–30.

**Рецензенты:**

Мовчан К.Н., д.м.н., профессор, зам. директора Санкт-Петербургского Государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», профессор кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского ГОУ ДПО «СПБМАПО» Росздрава;

Ганапольский В.П., д.м.н., начальник научно-исследовательского отдела научно-исследовательского центра Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург.

## COMPARATIVE RESULTS OF CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF DUODENAL ULCER COMPLICATED WITH BLEEDING BASED ON COMPUTER FORECAST

<sup>1</sup>Mogila A.I., <sup>2</sup>Gorshenin T.L., <sup>3</sup>Kislenko A.M., <sup>4</sup>Sidorenko V.A., <sup>5</sup>Smirnov A.A.,  
<sup>6</sup>Rusakevich K.I., <sup>5</sup>Smirnov A.A.

<sup>1</sup>*Novgorod State university of J. Mudrogo, Veliky Novgorod;*

<sup>2</sup>*St.-Petersburg hospital of veterans of wars, St.-Petersburg;*

<sup>3</sup>*Central Military Clinical Hospital of the Air Force, Krasnogorsk;*

<sup>4</sup>*Hospital of the Municipal Department of Internal Affairs across St.-Petersburg and Leningrad region, St.-Petersburg;*

<sup>5</sup>*The Vyborg city hospital, Leningrad region, Vyborg;*

<sup>6</sup>*The St.-Petersburg State medical university of acad. I.P. Pavlova Roszdava, St.-Petersburg,*

*e-mail: aimogila@yandex.ru*

The study examines the effectiveness of using the computer program prognosis of duodenal ulcer. The study found that drug therapy of patients with poor prognosis of the disease significantly reduced the number of complications of peptic ulcer bleeding ( $p < 0,05$ ). This complication was ascertained only in 36% of patients. However, despite the positive achievements of conservative measures in the care of these patients, it should be used only in case of failure of patients to surgical treatment, or the inability of its holding for any other reason.

**Keywords: bleeding, peptic ulcer, duodenum**