

УДК 616.342-002.44-089.168:616.34-005.1

**МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Серикова Светлана Николаевна – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Аветисова Екатерина Александровна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Статья посвящена одной из наиболее серьезных и нерешённых проблем в современной гастроэнтерологии – выбору метода лечения язвенной болезни (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) и её осложнений. Представлен обзор современных методов лечения ЯБ ДПК.

Ключевые слова: ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ,
МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ

UDC 616.342-002.44-089.168:616.34-005.1

**MEDICAL AND SURGICAL TREATMENT
OF COMPLICATED DUODENAL ULCER**

Korochanskaya Natalya Vsevolodovna – MD,
professor
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Serikova Svetlana Nikolaevna – Ph.D. (Med.)
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Avetisova Ekaterina Alexandrovna
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

The article presented the most serious and unsolved problem of modern gastroenterology – the choice of duodenal ulcer disease treatment (DUD). The modern methods review of DUD treatment was presented.

Key words: ULCER DISEASE, CONSERVATIVE
AND SURGICAL TREATMENT

Введение

Мировое научное изучение язвенной болезни (ЯБ) имеет почти 200-летнюю историю. Изменялись представления о сущности болезни, ее этиологии и патогенезе, способах терапевтического и хирургического лечения. Несмотря на достигнутые в последнее десятилетие успехи в лечении пациентов с ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДПК) и её осложнений, это заболевание по-прежнему вызывает дискуссию среди врачей.

ЯБ ДПК относится к наиболее распространенным заболеваниям (от 5 до 15 % среди взрослого населения), оно занимает второе место после ишемической болезни сердца (ИБС) [1, 2]. Так, в Соединенных Штатах ЯБ болеют примерно 4,5 млн человек в год [4]. В странах СНГ на диспансерном наблюдении состоят более 1 млн больных [5]. В Российской Федерации заболеваемость ЯБ ДПК составила 157,6 на 100 000 населения [1] и пик ее среди населения приходится на 35–40 лет [3].

В этиологии дуоденальных язв и их рецидивах большое значение уделяется инфекционному фактору – *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) и неконтролируемому приему нестероидных противовоспалительных средств, обладающих выраженным ульцерогенным эффектом [6, 7, 8]. По данным разных авторов, *H. pylori* обнаруживается в 80–100 % случаев ЯБ [9, 10]. В России инфицированность *H. pylori* в разных регионах составляет 70–80 %, а в г. Москве – 60–70 % [11, 12]. В странах Европы, Северной Америки и в Австралии систематически разрабатывают с активным практическим внедрением эффективные методы диагностики и лечения *H. pylori*, отмечено значительное снижение заболеваемости ЯБ ассоциированной с *H. pylori* [13].

Пациентам с ЯБ необходимо обеспечить своевременное и максимально эффективное лечение. Основным принципом лечения *H. pylori*, ассоциированной с ЯБ ДПК, является эрадикационная

(антихеликобактерная) терапия, показания к которой определены Маастрихтским консенсусом в 1996 г. и его пересмотрами в 2000 г. («Маастрихт II»), 2005 г. («Маастрихт III») и 2010 г. («Маастрихт IV») [15, 16]. Рекомендуются различные схемы эрадикационной терапии: 3- или 4-компонентные в течение 7, 10 или 14 дней, включающие ингибиторы протонной помпы и антибактериальные препараты [11, 17, 18, 19].

В то же время происхождение гастродуоденальных язв не всегда связано с *H. pylori*. Распространенность язв, рефрактерных к антихеликобактерной и антисекреторной терапии, достигает 42 % [14].

Кроме того, ЯБ ДПК опасна своими осложнениями (пенетрация, перфорация, кровотечение, стеноз). Наиболее распространенным (30–150 случаев на 100 000 взрослых населения в год) и тяжелым осложнением ЯБ ДПК является желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК), в большинстве случаев приводящее к госпитализации [22, 23]. Так, 68 % случаев осложнений возникает у людей старше 60 лет, а 27 % – в возрасте более 80 лет [23]. Несмотря на внедрение новых усовершенствованных методов лечения, смертность от язвенных кровотечений продолжает оставаться высокой – от 5–10 % до 15 % [20, 21].

Проблема язвенных кровотечений наиболее актуальна для хирургов и является предметом широкого и всестороннего освещения в многочисленных публикациях. Возможность хирургического лечения при любой патологии предполагает обсуждение показаний к вмешательству, установление сроков проведения операции, а также выбора оптимального метода оперативного вмешательства. Особенно остра дискуссия по вопросу оперативного лечения пациентов с гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением.

В настоящее время выделяют: *абсолютные показания* к операции (перфорация язвы, профузное язвенное кровотечение, рубцово-язвенный стеноз, невозможность эндоскопической остановки кровотечения);

условно-абсолютные показания (пенетрация язвы, повторное кровотечение после консервативного гемостаза, рецидивные послеоперационные язвы) и *относительные* (неэффективность комплексной консервативной терапии при непрерывно-рецидивирующем течении язвы ДПК) [24].

За более чем вековую деятельность хирурги создали арсенал стандартных методов лечения осложненной ЯБ ДПК, которыми общая хирургия пользуется уже более полувека, совершенствуя и разрабатывая способы и тактику их применения. Выделяют органосохраняющие и резекционные операции.

До настоящего времени в России лидирующее место в оперативном лечении осложненной ЯБ ДПК занимает резекция желудка (РЖ) в различных модификациях [25, 26, 27]. Следует отметить, что удаление части желудка с привратником, а также создание новых анатомо-физиологических взаимоотношений органов желудочно-кишечного тракта с течением времени у оперированных больных приводят к формированию расстройств, имеющих достаточно очерченную клиническую картину и нередко требующих упорного лечения или повторных операций [28]. На сегодняшний день описаны свыше 60 различных пострезекционных синдромов и патологических состояний, развивающихся после разнообразных способов РЖ, среди них наиболее часто встречаются – «болезни оперированного желудка», «постгастрорезекционный синдром» и т.д.

В основу органосохраняющего направления хирургического лечения осложненных дуоденальных язв положена концепция технологической возможности полного восстановления формы и функции гастродуоденального комплекса (ГДК), поврежденного ЯБ [30]. Дуоденопластика (ДП) в сочетании с медикаментозной терапией позволяет добиться отличных и хороших результатов у больных, снизить процент

возникновения рецидивов язвообразования и улучшить качество жизни больных [29].

Мы приводим два клинических случая хирургического и последующего медикаментозного лечения пациентов с осложнённой ЯБ ДПК.

Клинический случай № 1. Больному К.О., 31 года, в 1999 г. в условиях Российского центра функциональной хирургической гастроэнтерологии (РЦФХГ) экстренно была выполнена дуоденопластика (ДП) по поводу ЯБ ДПК, осложнённой кровотечением. Выписан из стационара на 10-е сутки, послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент взят на диспансерный учет. В послеоперационном периоде больной находился на санаторно-курортной реабилитации с рекомендациями по проведению антисекреторной терапии (омепразол 20 мг два раза в сутки за 30 мин до еды) с последующим диспансерным контролем через месяц. Повторно обследован. При выполнении контрольной эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) состояние соответствовало после ДП. Недостаточность кардии. Эрозивный дуоденит. Выраженная контаминация *H. pylori* (+++). Проведён курс эрадикационной терапии в течение 10 дней по схеме первой линии: омепразол 20 мг × 2 р. + амоксициллин 1000 мг × 2 р. + трихопол 500 мг × 3 р. В ходе контроля эрадикации через 4 недели после окончания курса лечения – *H. pylori* не выявлен. На протяжении 10 лет пациент чувствовал себя хорошо, к врачу не обращался. В 2008 г. обратился в Гастроэнтерологический центр (ГЦ) СКАЛ в связи с жалобами на периодическую изжогу. За последние два года у пациента прибавка в весе составила 5–7 кг, индекс массы тела (ИМТ) – 29. При ЭФГДС состояние соответствовало после ДП, обнаружена недостаточность кардии. Катаральный антрум-гастрит. Дуоденит. *H. pylori* (-). Диагноз: Неэрозивная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Язвенная болезнь луковицы ДПК, хирургически

корректированная (дуоденопластика 1999 г.) по поводу кровотечения. Рекомендовано: снижение массы тела на 5 кг в течение 2–3 месяцев, омепразол по 20 мг за 30 мин до еды один раз в день в течение 4-х недель, затем поддерживающая терапия в режиме «по требованию».

Клинический случай № 2. Больной М.М., 63 лет, в 1986 г. был прооперирован по поводу ЯБ ДПК, осложнённой декомпенсированным стенозом, выполнена резекция желудка по Бильрот-II. В 1987 г. выявлена язва анастомоза, осложнённая кровотечением, рецидивы которого повторялись в 1995 г. и в 2001 г. При частых болях в эпигастрии принимает ингибиторы протонной помпы (ИПП). Ухудшение общего состояния с осени 2013 г., принимал ИПП два раза в день, перед сном – антациды. Отмечает незначительный эффект от лечения. Поступил в Гастроэнтерологический центр (ГЦ) СКАЛ 05.12.2013 г., на ЭФГДС – состояние после дистальной резекции желудка по Бильрот-II. Очаговый атрофический гастрит культи желудка. Язва области межкишечной шпоры, рубцовая деформация. Анастомозит. Дуоденит. Взята биопсия из анастомоза. Патогистологическое заключение № 95409-12: поверхностный анастомозит. Иммуноферментный анализ (ИФА) крови на *H. pylori* от 06.12.2013 г. – 0.561 ед./мл [0 – 1.1]. Назначено лечение: ИПП – 20 мг – два раза в день утром и вечером, добавлены антациды – три раза в день в течение месяца. Через месяц была проведена контрольная ЭФГДС – состояние после дистальной резекции желудка по Бильрот-II. Экзофитное полиповидное образование гастроэнтероанастомоза, биопсия. Рубец шпоры анастомоза. Анастомозит. Очаговый атрофический гастрит культи желудка. Дуоденит. Биопсия от 24.01.2014 г. № 4203-06 Гиперпластический полип желудка с воспалением в строме. Выписан с рекомендациями продолжить прием ИПП 20 мг – один раз в день утром в течение 3-х месяцев с последующим контрольным выполнением ЭФГДС.

Обсуждение

За последние десятилетия тактика лечения ЯБ ДПК и её осложнений резко изменилась, ее основой стала современная фармакотерапия. В настоящее время хирургия ЯБ всё больше становится хирургией urgentных осложнений, а плановые операции уходят на второй план.

Излечение (или достижение стойкой ремиссии) осложнённой ЯБ ДПК возможно только после хирургического устранения осложнений дуоденальной язвы (технологией ДП) и послеоперационных воздействий как на общие патогенетические факторы язвообразования, так и на местные факторы ulcerогенеза (ацидопептического и инфекционного – *H. pylori*).

В эпоху эффективного медикаментозного лечения ЯБ хирургические усилия следует направить на гарантированное устранение осложнения, угрожающего жизни больного. Для этого необходимы совсем другие технологии. Органосохраняющие операции в большинстве наблюдений направлены на ликвидацию язвы, не оказывая существенного влияния на микробную колонизацию слизистой ДПК.

Технология ДП способствует сохранению жизни пациентов, радикальному устранению сопутствующих осложнений (кровотечение, стеноз), восстановлению нормальных морфофункциональных взаимоотношений гастро-дуодено-панкреато-билиарного комплекса. У больных, перенесших ДП, отмечается объективно и субъективно более мягкое течение заболевания в послеоперационном периоде, что способствует повышению их качества жизни, в отличие от выбора резекционных видов оперативного лечения.

Таким образом, приведенные клинические примеры свидетельствуют о том, что, несмотря на убедительность аргументов в пользу рекомендуемой хирургической коррекции, оппоненты едины во мнении, что на роль «идеальной» может претендовать реконструкция, способная

полностью восстановить функционирующую структуру. ДП является первым этапом реабилитации больных осложненной ЯБ ДПК [31]. Второй этап реабилитации – эрадикационная и антисекреторная терапия – направлен на предупреждение рецидивов и достижение стойкой ремиссии заболевания.

Список литературы

1. Скворцов В.В., Одинцов В.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Медицинский алфавит. Больница. – 2010. – № 4. – С. 13–17.
2. Ивашкин В.Т., Шентулин А.А., Баранская Е.К. и др. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни (пособие для врачей). – М., 2004.
3. Фирсова Л.Д., Машарова А.А., Бордин Д.С., Янова О.Б. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. – М: Планида, 2011. – 52 с.
4. Cai S., García Rodríguez L.A., Massó-González E.L., Hernández-Díaz S. Uncomplicated peptic ulcer in the UK: trends from 1997 to 2005 // Aliment Pharmacol Ther. Nov. 15. – 2009; 30(10):1039–48.
5. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П. Хирургическая тактика и оперативное лечение при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением. – М.: «Инфомедиа Паблишерз», 2005; 140.
6. Lanas A., García Rodríguez L.A., Arroyo M.T., Gomollín F., Feu F., González-Pérez A., Zapata E., Bóstida G., Rodrigo L., Santolaria S., Gbell M., de Argila C.M., Quintero E., Borda F., Piqué J.M. Risk of upper gastrointestinal ulcer bleeding associated with selective cyclooxygenase-2 inhibitors, traditional nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs, aspirin and combinations // – Gut. 2006; 55: 1731–1738.
7. Ootani H., Iwakiri R., Shimoda R. et al. Role of Helicobacter pylori infection and nonsteroidal anti-inflammatory drug use in bleeding peptic ulcers in Japan // Gastroenterology. – 2006; 41: 1: 41–46.
8. Zapata-Colindres J.C., Zepeda-Gomez S., Montano-Loza A. et al. The association of Helicobacter pylori infection and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in peptic ulcer disease // Can J. Gastroenterol. – 2006; 20: 4: 277–280.
9. Гастроэнтерология: Клинические рекомендации / под ред. В.Т. Ивашкина. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 45–59.
10. Гриневич В.Б., Саблин О.А., Губонина И.В. и др. Эрадикационная терапия Helicobacter pylori-ассоциированных заболеваний: эффективность, безопасность, фармакоэкономичность // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2005; 2: 1–4.
11. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В. и др. Helicobacter pylori: распространенность, диагностика, лечение // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 2. – С. 3–7.
12. Цуканов В.В. Клинико-эпидемиологические аспекты Helicobacter pylori // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2006. – № 1. – С. 24–25
13. Исаков В.А., Доморадский И.В. Хеликобактериоз. – М.: Медпрактика-М, 2003. 411 с.
14. Маев И.В., Самсонов А.А., Голубев Н.Н. Кларитромицин как неотъемлемый компонент антихеликобактерной терапии // Фарматека. – 2009; 6: 1–7.
15. Исаев Г.Б. Роль Helicobacter pylori в клинике язвенной болезни // Хирургия. – 2004; 4: 64–68.
16. Бугаева И.О., Гречушников В.Б. и др. Helicobacter pylori: современная диагностика и терапия. – Саратов, 2008. – 105 с.
17. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С. и др. Хронический гастрит. Методические рекомендации. – М.: ЦНИИГ, 2011. – 34 с.
18. Лапина Т.Л. Эрадикационная терапия Helicobacter pylori // Медицинский вестник. – 2006. – № 6. – С. 9–10.

19. Самсонов А.А., Маев И.В. Современные стандарты диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori* (анализ материалов 3-го Маастрихтского соглашения) // Медицинский вестник. – 2006. – № 4. – С. 358.
20. Scaccianoce G., Hassan C. et al. Helicobacter pylori eradication with either 7-day or 10-day triple therapies, and with a 10-day sequential regimen // Can. J. Gastroenterology. – 2006. – Vol. 20 (2). – P. 113–117.
21. Хомерики Н.М., Хомерики С.Г. Некоторые механизмы развития побочных эффектов антихеликобактерной терапии и пути коррекции // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2005. – Т. 7, № 2. – С. 12.
22. Цуканов В.В. и соавт. // Тер. архив. – 2007. – № 2. – С. 15–18.
23. Островский А.Г. и соавт. // ЭиКГ. – 2008. – № 1, пр. № 1. – С. 200–203.
24. Alan N. // Barkun Ann Intern Med. – 2010; 152: 101–113.
25. Barkun A.N., Bardou M., Martel M., Gralnek I.M., Sung J.J. Prokinetics in acute upper GI bleeding: a meta-analysis // Gastrointest. Endosc. – 2010; 72: 1138–1145.
26. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 384 с: ил.
27. Назаренко П.М., Биличенко В.Б., Должиков А.А. и др. Результаты пилоросохраняющих резекций желудка с коррекцией хронических нарушений дуоденальной непроходимости // Материалы Десятой Российской Гастроэнтерологической Недели. – М., 2004. – С. 35.
28. Еремеев А.Г., Волков С.В., Беляева Г.С. Результаты и проблемы хирургического лечения язвенной болезни // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 35.
29. Биличенко В.Б., Назаренко П.М., Барт И.И. и др. Экономные резекции желудка в сочетании с инфузионной интрадуоденальной терапией и дуоденоюноанастомозом в неотложной хирургии язвенной болезни // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 30.
30. Богомолов Н.И., Дученко Б.Ф., Саклаков А.В., Томских Н.Н. Хирургия язвенной болезни в российской провинции // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 31.
31. Корочанская Н.В. Принципы поэтапной реабилитации больных, перенесших органосохраняющие операции по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Дис. ... док. мед. наук (14.00.27; 14.00.05). – Краснодар: Кубанская гос. мед. академия, 1999.
32. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. – Краснодар, 1995. – 293 с.
33. Оноприев В.И., Генрих С.Р., Мануйлов А.М., Дурлеитер В.М. Радикальная дуоденопластика в лечении осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Труды Республиканского центра функциональной хирургической гастроэнтерологии. – Краснодар, 2002. – С. 384–423.