

УДК 616.342-002.44-072.1-036.8

С.В. Юдин

Городская клиническая больница № 2 (690000 г. Владивосток, ул. Русская, 57)

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Ключевые слова:* язвенная болезнь, лечение.

Проведен сравнительный анализ результатов эндоскопического (317 наблюдений) и консервативного (354 наблюдения) лечения неосложненной язвенной болезни 12-перстной кишки. Достоверно уменьшали сроки рубцевания язв, изменяли клиническую картину заболевания, были прогностически благоприятны и наиболее эффективны облучение светом гелиево-неонового лазера, залуковичные инъекции раствора новокаина и периульцерозные инъекции репарантов. В остальных случаях эндоскопическое лечение не имело преимуществ перед консервативной терапией.

Лица, страдающие язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), составляют 30% всех пациентов гастроэнтерологического профиля, или 400–500 человек на 100 тыс населения. В течение жизни у 15% взрослого населения регистрируются язвы луковицы ДПК [3]. Относительная доступность эндоскопического исследования желудочно-кишечного тракта обусловила широкое применение местного лечения хронических язв двенадцатиперстной кишки. Данные литературы указывают на хорошие результаты описываемых способов, но сведений о сравнительной их эффективности, как и рекомендаций по выбору конкретного метода лечения недостаточно [4, 5]. Сроки заживления язв луковицы ДПК при различных методах лечения, по данным литературы, не имеют существенных отличий по длительности клинического периода и срокам эпителизации [1, 6, 7].

Целью настоящего исследования явилось определение места приемов эндоскопического воздействия в лечении неосложненных хронических дуоденальных язв.

**Материал и методы.** В работе представлены собственные наблюдения в диагностике и лечении ЯБ ДПК у пациентов отделения неотложной хирургии и амбулаторных больных многопрофильного диагностического отделения Городской клинической больницы № 2 Владивостока в интервалах с 1989 по 1993 и с 2005 по 2007 г. Для оценки способов эндоскопического воздействия больные были разделены на две группы. Основную (317 человек) составили пациенты, которым на фоне стандартной базисной терапии проводилось местное эндоскопическое лечение ЯБ ДПК. В контрольную группу вошли 354 больных, получавших только базисную терапию (табл. 1).

Все пациенты имели клинические проявления ЯБ на протяжении нескольких лет, сопоставимые между группами по характеру и тяжести (табл. 2). Больные с симптоматическими язвами и синдромом Золлин-

гера-Эллисона были исключены из работы. Базисная терапия включала спазмолитики, соли висмута, антихолинергические средства, антациды, антибиотики по общепринятым схемам. По характеру и качеству медикаментозного лечения различий между основной и контрольной группами не было. Часть пациентов имела показания к оперативному лечению неосложненных язв в связи с торпидным течением заболевания, прогрессирующей частотой обострений и неэффективностью консервативной терапии.

Ведущим методом исследования явилась фиброгастроуденоскопия, которая использована как диагностический метод первичного или скрининг-осмотра во всех наблюдениях. Эндоскопию проводили фиброскопами OES (Olympus, Япония) с торцевым расположением оптического окна. Использовали местную анестезию 1% раствором дикаина или 10% раствором лидокаина. Диагностический комплекс помимо визуального осмотра включал определение типа кислотопродуцирующей функции желудка по методике Л.Я. Тимен методом хромоскопии растворами индикаторных красителей, определение ареалов и степени обсемененности *Helicobacter pylori*,

Таблица 1

Распределение пациентов с ЯБ ДПК по полу и возрасту

Пол, возраст	Группа		Всего		
	основная	контроль	абс.	%	
Мужчины	<20 лет	11	8	19	2,8
	21–50 лет	143	11	324	48,3
	>50 лет	29	11	40	5,9
Женщины	<20 лет	0	2	2	0,3
	21–50 лет	93	116	209	31,1
	>50 лет	41	36	77	11,6

Таблица 2

Клиническая характеристика пациентов с ЯБ ДПК

Показатель	Группа		
	основная	контроль	
Давность заболевания	<2 лет	12	15
	3–5 лет	190	243
	>5 лет	115	96
Ведущие жалобы	боль	304	302
	похудание	83	35
	диспепсия	57	16
	рвота	116	61
Частота обострений	мелена	36	39
	1–2 в год	53	116
	3–4 в год	138	160
	более 4 в год	126	78

Юдин Сергей Васильевич – д-р мед. наук, заведующий 2-м хирургическим отделением ГКБ № 2; тел.: 8 (4232) 32-63-08.

у части больных (20 человек) – биопсию слизистой оболочки и визуальную оценку времени элиминации 1% раствора метиленовой сини из подслизистого пространства луковицы ДПК. Оценка ареалов и степени обсемененности *H. pylori* проводилась методом мазков-отпечатков биоптатов луковицы, антрального отдела и дна желудка с подсчетом числа бактерий не менее чем в 3 полях зрения. При количестве бактерий не более 20 в поле зрения определяли 1-ю степень обсемененности, при 20–50 бактериях в поле зрения – 2-ю и свыше 50 – 3-ю степень обсемененности. Хромоскопию использовали для оценки ощелачивающей функции антрального отдела желудка. При закислении антрального отдела говорили о некомпенсированном ощелачивании. Биоптаты забирались из слизистой оболочки вне зоны перифокального отека.

Лечение включало механические, химические, физические и медикаментозные воздействия на язву каждые 3–4 дня. Показанием являлись язвы луковицы ДПК, не поддающиеся консервативной терапии более 3 недель, «целующиеся» и часто рецидивирующие язвы. Преимущественно использовали один из методов лечения. Механические способы воздействия включали раздражение (скусывание) краев дефекта щеткой или биопсийными щипцами. Химическое воздействие заключалось в орошении язвы 96% спиртом или 1% нитратом серебра. Физическое воздействие проводилось путем 3-минутного воздействия низкоэнергетическим гелиево-неоновым лазером с мощностью на торце световода 15 мВт (рацпредложение № 6 от 6.11.1989 г., БРИЗ ГКБ № 2) [8], а также путем коагуляции краев язвы в нескольких точках. Медикаментозное воздействие включало введение растворов репаративных в периульцерозную зону, залуковичные новокаиновые блокады, орошение иммобилизованными ферментами, медикаментозную денервацию (инфильтрация малой кривизны желудка зоны спиртово-новокаиновым раствором) [2, 4], подслизистую инфильтрацию растворами этимизола (рацпредложе-

ние № 20 от 6.11.1989 г., БРИЗ ГКБ № 2) или спиртово-новокаиновой смесью кислотопродуцирующей зоны. Медикаментозную денервацию и воздействие на кислотопродуцирующую зону осуществляли однократно в процессе лечения при гиперсекреции или некомпенсированном ощелачивании антрального отдела (табл. 3).

**Результаты исследования и обсуждение полученных данных.** Регулярный осмотр луковицы ДПК позволял оценить эффективность отдельных методов воздействия на язву и их комбинаций на фоне базовой терапии заболевания. Кроме того, регулярный осмотр верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволял создать представление о динамике изменений слизистой оболочки. В процессе наблюдения было установлено, что в подавляющем большинстве случаев (92%) период обострения ЯБ ДПК сопровождался хроническим воспалением в желудке, нарушениями моторики в виде дуоденогастрального рефлюкса, отеком слизистой оболочки кишки. Заживление язвы сопровождалось восстановлением моторики и исчезновением желчного рефлюкса. Сохраняющийся отек слизистой оболочки луковицы ДПК после рубцевания язвы является, по-видимому, надежным маркером ее скорого рецидива.

Каждый из приемов был представлен достаточным числом наблюдений, что делает возможным сравнение эффективности способов местного воздействия. Наибольшее число пациентов было подвергнуто инъекционному способу лечения. В качестве репаративных использовали солкосерил (1 мл), оксиферрискорбон (25 мг), 10 мл 0,25–0,5% раствора новокаина, 10 мл 0,9% раствора NaCl, этимизол. При сравнении результатов лечения в этой подгруппе достоверных различий между препаратами, признанными репаративными и доступными для повседневного использования (физраствор, новокаин), не выявлено. Поэтому эти пациенты объединены в одну подгруппу. Отдельно выделены пациенты, пролеченные новокаиновыми блокадами. Идея метода заключена в стимуляции лимфатического дренажа при подслизистом введении в постбульбарный отдел лимфотропных препаратов, влияющих на перистальтику лимфатических сосудов.

Варианты эндоскопической денервации использовались при торпидном течении ЯБ ДПК, не поддававшийся медикаментозному воздействию. Обычно здесь применялись другие способы местной терапии, но пациенты попадали в группу «неэффективное лечение». Поэтому операции эндоскопической ваготомии использовались в меньшем числе наблюдений в качестве «последнего средства» лечения. Число пациентов, подвергшихся лечению пленкообразующими полимерами, также было невелико, но по другой причине. Язвенный дефект после аппликации полимера увеличивался в размерах, хотя у нескольких больных 2–3-кратное использование таких препаратов определяло тенденцию к рубцеванию.

**Таблица 3**  
Методы местного воздействия при ЯБ ДПК

Способ лечения	Кол-во больных		Кратность
	абс.	%	
<b>Прямое воздействие на язву</b>			
Механическое	28	8,8	9
Физическое	36	11,3	10
Химическое	43	13,6	10
Медикаментозное:			
аппликации нефиксированных веществ <sup>1</sup>	44	13,9	10
аппликация фиксированных веществ <sup>2</sup>	15	4,7	12
инъекции репаративных	106	33,4	6
<b>Опосредованное воздействие на язву</b>			
Новокаиновые блокады	33	10,4	8
Эндоскопическая денервация	12	3,9	7

<sup>1</sup> Масло, ферменты, антибиотики.

<sup>2</sup> Пленкообразующие полимеры.

Таблица 4

Длительность рубцевания хронических язв ДПК при местном эндоскопическом лечении ( $M \pm m$ )

Способ лечения	Длительность рубцевания, дни
<b>Прямое воздействие на язву</b>	
Механическое	16,0±1,4
<b>Физическое:</b>	
некогерентным светом	21,3±2,1
коагуляция краев	20,4±1,8
светом лазера	12,5±0,8
Химическое	16,0±1,4
<b>Медикаментозное:</b>	
аппликации нефиксированных веществ	18,3±1,1
аппликация фиксированных веществ	26,3±1,5
инъекции репарантов	14,5±2,6
<b>Опосредованное воздействие на язву</b>	
Новокаиновые блокады	10,8±2,2
Эндоскопическая денервация	15,1±1,3

Эффективность большинства способов местного воздействия оказалась приблизительно одинаковой. Наиболее эффективными были облучение светом лазера и новокаиновые залуковичные инъекции. Самыми неудачными явились попытки воздействия пленкообразующими полимерами: почти у половины пациентов положительного эффекта не было или отмечалось увеличение дефекта. Вместе с тем среднее количество эндоскопий, потребовавшихся при использовании разных методов, оказалось различным — от 2,3 до 8,8. Наименьшее число эндоскопий при наибольшем эффекте отмечено при лечении светом гелиево-неонового лазера, постбульбарных новокаиновых инъекциях и эндоскопической денервации. Однако в контроле эффект оказался вполне сопоставимым с вышеприведенными результатами (табл. 4).

Помимо сроков рубцевания в визуальной оценке эффективности лечения и прогноза рецидива ЯБ ДПК учитывались характеристики новообразованного рубца. Известно, что формирование продольного рубца является прогностически благоприятным признаком. На собственном материале часто такой рубец регистрировался после воздействия лазерным излучением, залуковичных инъекций раствора новокаина и периульцерозных инъекций репарантов. Прогностически неблагоприятный поперечный рубец чаще встречался после лечения некогерентным красным светом и новокаиновых блокад обкладочных клеток. Независимо от характера рубца сохранявшийся отек слизистой оболочки, иногда с мелкими или сливающимися эрозиями, предшествовал скорому рецидиву.

Кроме оценки сроков рубцевания, клинические проявления ЯБ ДПК при местном лечении были различны. Болевой синдром после облучения язвы светом лазера исчезал ко 2-му сеансу или после него. Постбульбарные инъекции новокаина полностью купировали боль на срок от 8 до 36 часов. Инъекции репарантов, как правило, усиливали боль в срок от

15 мин до 6 часов. Иногда боли усиливались при аппликации ферментов и при залуковичных новокаиновых блокадах, но закономерности в их возникновении или усилении не выявлено.

Таким образом, большинство используемых способов местного лечения ЯБ ДПК не оказывает существенного влияния на процессы заживления. Достоверно уменьшают сроки рубцевания язв, изменяют клиническую картину заболевания, прогностически благоприятны и наиболее эффективны облучение светом гелиево-неонового лазера, залуковичные инъекции новокаина и периульцерозные инъекции репарантов. В остальных случаях эндоскопическое лечение при неосложненной ЯБ ДПК не имеет преимуществ перед консервативной терапией и не может быть рекомендовано для широкого клинического применения.

#### Литература

1. Воробьев Л.П., Дронова О.Б., Корнеев Г.И., Самсонов А.А. Оценка эффективности лазерной и медикаментозной терапии больших дуоденальными язвами // *Клин. медицина*. 1992. № 2. С. 77–80.
2. Галлингер Ю.И., Федоров Е.Д. Эндоскопическая медикаментозная блокада в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // *Всес. научн. об-во гастроэнтерологов: мат. пленума. Рига, 1986*. С. 453–455.
3. Кузин М.И., Кузин Н.М., Егоров А.В. Экономическая эффективность консервативного и хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста // *Хирургия*. 1991. № 3. С. 14–18.
4. Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., Федоров Е.Д. Эндоскопическая медикаментозная блокада кислотопродуцирующей зоны желудка в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // *Хирургия*. 1990. № 12. С. 25–28.
5. Прадед А.И. Сравнительная оценка результатов лечебной эндоскопии в комплексной терапии длительно незаживающих гастродуоденальных язв // *Акт. вопр. лазерной эндоскопии и литотрипсии: тез. докл. Челябинск, 1990*. С. 125–130.
6. Преображенский В.Н., Остапенко Г.П., Бажанов В.Л. Эффективность различных видов лазерного излучения у больных с длительно незаживающими язвами двенадцатиперстной кишки // *Тер. архив*. 1993. Т. 65, № 2. С. 28–31.
7. Сандомирский Б.П., Хворостов Е.Д., Брахов Е.И. Низкие температуры и лазеры при лечении заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Киев: Наукова думка, 1989. 136 с.
8. Юдин С.В. Использование низкоэнергетического некогерентного красного света в комплексной терапии острых и хронических гастродуоденальных язв // *Клин. хирургия*. 1990. № 8. С. 64–65.

Поступила в редакцию 02.04.2008.

#### ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF MOST COMMON ENDOSCOPIC TREATMENT METHODS FOR DUODENAL ULCER

S.V. Yudin

Municipal Clinical Hospital No.2 (57 Russkaya St. Vladivostok 690000 Russia)

**Summary** — The paper presents comparative analysis of the results of endoscopic (317 observations) and conservative (354 observations) treatment of non-complicated duodenal ulcer. The He-Ne laser irradiation, retro-bulbar injections of Novocaine solution and periulcer injections of reparants have proved to decrease period of scarring, change the clinical picture and be prognostically favourable and most efficient procedures. The other cases showed no advantages of endoscopic treatment over the conservative treatment.

**Key words:** duodenal ulcer, treatment.

Pacific Medical Journal, 2010, No. 1, p. 95–97.