

УДК 616.342–002.44–03:681.784.84

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

С.А. Анкудинова, А.В. Богданов

Проведен анализ результатов лечения дуоденальных язв медикаментозным и эндоскопическим методами с использованием актовегина. Отмечено ускорение заживления язв по сравнению с традиционным способом без появления грубых деформаций в луковице.

Ключевые слова: эндоскопическое лечение; актовегин; актовегиновый гель; дуоденальная язва.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF DUODENAL ULCER

S.A. Ankudinova, A.B. Bogdanov

It was analyzed the treatment results of patients with duodenal ulcers using drug and endoscopic methods with Actovegin. This method improved the results of treatment of duodenal ulcers and prevented appearance of duodenal deformation.

Key words: endoscopic treatment; Actovegin; Actovegin gel; duodenal ulcer.

Актуальность. В основе лечения и профилактики дуоденальных язв и их осложнений (перфорация, кровотечение, стенозирование) лежит современная комплексная медикаментозная терапия. Применение блокаторов протонного насоса успешно выполняет эту задачу. С появлением H₂-блокаторов, ингибиторов протонной помпы и селективных ингибиторов циклооксигеназы-2, методики антихеликобактерной терапии отмечено снижение риска осложнений язвенной болезни (ЯБ).

Так, в течение 1980-х гг., по данным S. Gustavsson и O. Nygren [1], на фоне широкого применения H₂-блокаторов частота плановых хирургических вмешательств снизилась на 85 %. Внедрение в широкую клиническую практику ингибиторов протонной помпы оказало более выраженный положительный эффект в лечении язвенных дефектов. Практически полностью исчезла и плановая хирургия язвенной болезни. Сочетание эндоскопического гемостаза и антисекреторной терапии снижает уровень хирургической активности, оставляя ей место только в случае неэффективности консервативной тактики. Число пациентов, нуждающихся в проведении хирургических вмешательств по поводу язвенных кровотечений, составляет 3–15 % [2].

При превышении размеров дуоденальных язв 1,5–2,0 см стандартная терапия остается недостаточно эффективной, а заживление язв приводит к образованию гипертрофических рубцов, дефор-

мации и стенозированию. Полного восстановления микроциркуляции и ревазуляризации, а также нормализации моторики в пораженных участках не происходит, что в дальнейшем ведет к возникновению рецидивов [3].

В свете вышеизложенного актуальным представляются разработка и сравнительное изучение новых способов лечения больших, длительно незаживающих, осложненных стенозированием, кровотечением и деформацией язв.

Цель настоящего исследования – улучшить результаты лечения дуоденальных язв.

Материал и методы исследования. Для выполнения этой задачи нами было обследовано и пролечено 96 больных, страдающих язвенной болезнью 12-перстной кишки. Все больные были разделены на 2 группы:

Первая группа из 42 больных с язвенным процессом лечилась медикаментозно с использованием схемы, состоящей из антибиотика (кларитромицин), метранидазола и блокатора протонной помпы (контралок) и депола.

Во второй группе (54 больных язвенной болезнью) помимо медикаментозной терапии пациенты получали эндоскопическое лечение в виде обкалывания язвы актовегином в количестве 2,0 мл с 2%-ным раствором лидокаина в количестве 2,0 мл. Затем язва обрабатывалась актовегиновым гелем, разбавленным физиологическим раствором в объеме 10 мл.

Таблица 1 – Сроки заживления язвенного дефекта в зависимости от метода лечения, дней

Группа	Кол-во больных, n	7–10	14–16	20–21
Первая	42	–	15 (37,5 %)	25 (62,5 %)
Вторая	54	33 (61,1 %), P < 0,001	18 (33,3 %), P < 0,01	3 (5,5 %), P < 0,001

Возраст больных в обеих группах колебался от 28 до 62 лет и составил в среднем $44,2 \pm 3,8$.

В первой группе мужчин было 30 (71,4 %), женщин – 12 (28,6 %). Во второй группе мужчин – 39 (72,2 %), женщин – 15 (27,7 %) соответственно.

В обеих группах все больные уже имели в анамнезе язвы и ранее уже получали противоязвенное лечение. Размер язвенного дефекта колебался у больных первой группы от 1,0 до 1,5 см, только у 6 больных они были поверхностными с размытыми краями. В остальных случаях язвы имели округлую или овальную форму со сформированными краями.

Вторую группу составили пациенты, у которых размер язвы был не менее 1,5 см, у 2 – более 2,5 см. Все эти язвы сопровождалась выраженной рубцовой деформацией и не поддавались лечению длительное время.

Язвы локализовались в луковице и только у двух больных они локализовались в постбульбарном отделе. Обязательным моментом обследования больных было взятие мазка для проведения исследования на зараженность *Helicobacter*-инфекцией. Эндоскопическая обработка язвы у больных второй группы проводилась путем обкалывания дна и краев язвы 2,0 мл актовегина, растворенного в 2,0 мл 2%-ного раствора лидокаина, в 3–4 точках, а затем струйным орошением язвенного дефекта актовегиновым гелем, растворенным в 10,0 мл физиологического раствора. Процедура проводилась через день, от 3 до 5 раз в зависимости от длительности заживления язвенного дефекта.

Статистическая обработка полученных данных проводилась методом вариационной статистики с учетом коэффициента Стьюдента – Фишера.

Анализ показал, что в первой и второй группах больных заживление язв происходило по-разному.

В первой группе больных при использовании только медикаментозного лечения с применением блокаторов протонной помпы контрастока заживление язвы происходило за счет рубцевания с краев язвы. Клинический эффект у 59,5 % (25) больных наступал сразу после начала лечения, у остальных 35,7 % (15) больных исчезновение болей, появление аппетита, рвоты наступало с 3–4-х суток. Только у 4,3 % (2) пациентов лечение не приносило улучшения и потребовало пересмотра схемы лечения за счет увеличения дозы контрастока до 80 мг в сутки (40 мг 2 раза в день).

Рубцевание язвы происходило у больных первой группы через 18–28 дней. Эндоскопический

контроль подтверждал заживление язвы и появление рубца «звездчатой формы».

Во второй группе больных уже на следующем сеансе эндоскопической обработки язвы наблюдалось появление эпителизации слизистой вокруг язвы, дно язвы приподнималось, очищалось от фибринозного налета у 62,9 % (34) больных. Полное заживление язвы наступило на 7–8-й день от начала эндоскопического лечения у 61,1 % (33) пациентов, на 14–16-й день у 33,3 % (18) больных, и только у 5,5 % (3) пациентов рубцевание произошло на 20–21-й день.

Таким образом, во второй группе больных эффект от полученного лечения с использованием обкалывания язвы раствором актовегина и последующим закрытием язвенного дефекта актовегиновой пленкой эндоскопическим методом значительно превосходил результаты лечения больных первой группы, леченных только медикаментозным методом.

У 61,1 % больных второй группы заживление язвы происходило уже на 7–10-е сутки от начала лечения. Тогда как у больных первой группы наступление эффекта от лечения наблюдалось только на 14–16-е сутки (37,5 %) больных.

Основная масса пациентов первой группы (62,5 %) имела эффект от лечения на 20–25-е сутки. Только у 7,1 % больных второй группы имелось столь длительное заживление язвы (таблица 1).

Таким образом, использование актовегина и актовегиновой пленки при эндоскопическом лечении дуоденальных язв ускоряет процесс заживления язвенного дефекта в 2 раза и не вызывает значительной деформации луковицы 12-перстной кишки, что важно для предотвращения появления одного из грозных осложнений дуоденальных язв – стеноза привратника, требующего хирургического лечения.

Литература

1. Gustavsson S., Nyren O. Time trends in peptic ulcer surgery, 1956 to 1986. A nationwide survey in Sweden. *Ann Surg* 1989; 210:704–09.
2. Sach G. Proton pump inhibitors and acid-related diseases. *Pharmacotherapy* 1997;17:22–37.
3. Николаенко Э.М. Клинико-физиологические эффекты использования актовегина в комплексе интенсивной терапии. Актовегин: новые аспекты применения в клинической практике / Э.М. Николаенко, Л.М. Фигурова, М.И. Волкова. М., 1997. С. 28–37.