

УДК 616.33 – 089.87

## АЛГОРИТМ ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕНОЗОМ И ПЕНЕТРАЦИЕЙ

Платонов С.С., Белоногов Н.И.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, e-mail: serplato@mail.ru

Проведено исследование, которое было направлено на изучение результатов и эффективности применения современного эндоскопического метода введения «Ронколейкина» инъекционным способом в предоперационном периоде у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом и пенетрацией. В предоперационном периоде во время фиброгастроскопии в периульцерозную зону под слизистую антрального отдела вводился раствор «Ронколейкина» 0,5 мг (500 000 МЕ) по 0,1 мл на точку введения один раз в три дня в течение 10 дней. Осложнений при введении препарата не было. Обработаны и изучены результаты проводимого лечения в предоперационном периоде у 36 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Разработан новый современный и эффективный алгоритм предоперационной подготовки больных с осложненной стенозом и пенетрацией гастродуоденальной язвой. Представлена схема алгоритма в виде наглядной таблицы. Достоверно доказано, что использование предложенного алгоритма приводит к снижению частоты осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах, сокращению длительности стационарного лечения и уменьшению числа летальных исходов.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, осложнения, предоперационная подготовка, «Ронколейкин»

## ALGORITHM OF PREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS WITH STOMACH ULCER AND THE ULCER OF DUODENAL GUT COMPLICATED BY THE STENOSIS AND THE PENETRATION

Platonov S.S., Belonogov N.I.

Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, e-mail: serplato@mail.ru

The study, which was aimed at studying the results and effectiveness of modern endoscopic method of introducing a «Roncoleukin» injection method in the preoperative period in patients with gastric and duodenal ulcer complicated by stenosis and penetration. In the preoperative period during fibrogastroscopy in the ulcer area under mucosa lay of the antral part of duodenum was injected solution of «Roncoleukin» 0,5 mg by 0,1 ml of the point of injection once every three days for 10 days. Complications during the introduction of the drug was not. Processed and analyzed the results of treatment in the preoperative period in 36 patients with gastric and duodenal ulcer. A new modern and efficient algorithm for the preoperative preparation of patients with gastric and duodenal ulcer complicated by stenosis and ulcer penetration. The scheme of the algorithm as a visual table. Reliably demonstrated that the use of the proposed algorithm reduces the incidence of complications in the immediate and late postoperative periods, reducing the duration of hospitalization and and reduces number of lethal outcomes.

**Keywords:** stomach ulcer, complications, preoperative preparation, «Ronkoleukin»

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки относится к числу наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта и остается актуальной проблемой современной хирургии и гастроэнтерологии [4, 6]. Частота язвенной болезни в различных странах составляет от 4,7 до 18 на 1000 населения. В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости язвенной болезнью, в том числе, и осложненных форм заболевания [7]. Значительную часть больных составляют лица трудоспособного возраста. В России язвенная болезнь составляет значительную долю в общей структуре заболеваемости населения, обращаемости, госпитализации и временной нетрудоспособности, что обуславливает высокую ее медико-социальную значимость [2, 6].

Ежегодно по поводу язвенной болезни на диспансерном учете находится около 1 млн человек. Из них 15–30% нуждаются в хирургическом лечении [6]. В связи с появлением новых поколений ингибиторов

желудочной секреции появилась надежда на успешное решение множества вопросов, связанных с профилактикой и лечением язвенной болезни, однако число больных, нуждающихся в оперативном лечении, по-прежнему не уменьшается [3]. Увеличивается число больных с резистентными формами язвенной болезни, относительно высокими остаются показатели частоты послеоперационных осложнений, инвалидизации и послеоперационной летальности [5, 7]. В то же время в литературе мало освещены вопросы, касающиеся современных подходов к предоперационной подготовке больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом или пенетрацией.

Целью нашего исследования явились разработка и изучение эффективности современных эндоскопических методов местного лечения в предоперационной подготовке больных с осложненной стенозом и пенетрацией язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и разработка

нового алгоритма предоперационной подготовки больных с включением в него эндоскопического введения «Ронколейкина».

### Материалы и методы исследования

Очень важное место в возникновении язвенной болезни отводится различным нарушениям в иммунной системе организма, поэтому многие авторы обращают внимание на перспективность изучения иммунологии пищеварительного тракта [1]. Последние годы отмечены успехами в изучении этиопатогенеза язвенной болезни, связанными с утверждением этиологической роли пилорического хеликобактера и разработкой эффективных способов антибактериальной терапии. Доказано, что хеликобактер поражает однослойный плоский эпителий желудка.

Важную роль в обеспечении адекватного местного иммунного ответа играет IgA, который, связываясь с антигенами, препятствует их проникновению в организм и подавляет рост микробных колоний. При дефиците IgA защитную функцию выполняет IgM [4].

T-лимфоциты собственной пластинки слизистой оболочки желудка представлены популяцией лимфоцитов, которые обладают цитотоксическими свойствами, осуществляющими противоопухолевый и противовирусный надзор, и T-хелперами, обладающими фенотипом CD3, CD4, CD8 [6]. У больных осложненной язвенной болезнью выявляются признаки вторичного иммунодефицита в виде гиперплазии тучных клеток, функционального истощения лимфоцитов СОЖ, что клинически выражается в антральном хроническом гастрите и дуодените с вялотекущим воспалительным процессом [1, 8]. Используя современные эндоскопические технологии, мы местно воздействовали на язвенный дефект иммуномодулятором с биостимулирующими свойствами. Для этого мы использовали «Ронколейкин» – интерлейкин человека рекомбинантный 2, иммуностимулятор, усиливает иммунные реакции организма. Интерлейкин-2 – вещество белковой природы, играет ключевую роль в процессе инициации и развития иммунного ответа, оказывает множественное действие на различные компоненты и звенья иммунной системы. Стимулирует пролиферацию T-лимфоцитов, активирует их, в результате чего они становятся цитотоксичными, киллерными клетками, при всем этом спектр их лизирующего действия расширяется, и они становятся способными уничтожать разнообразные патогенные микроорганизмы и малигнизированные клетки.

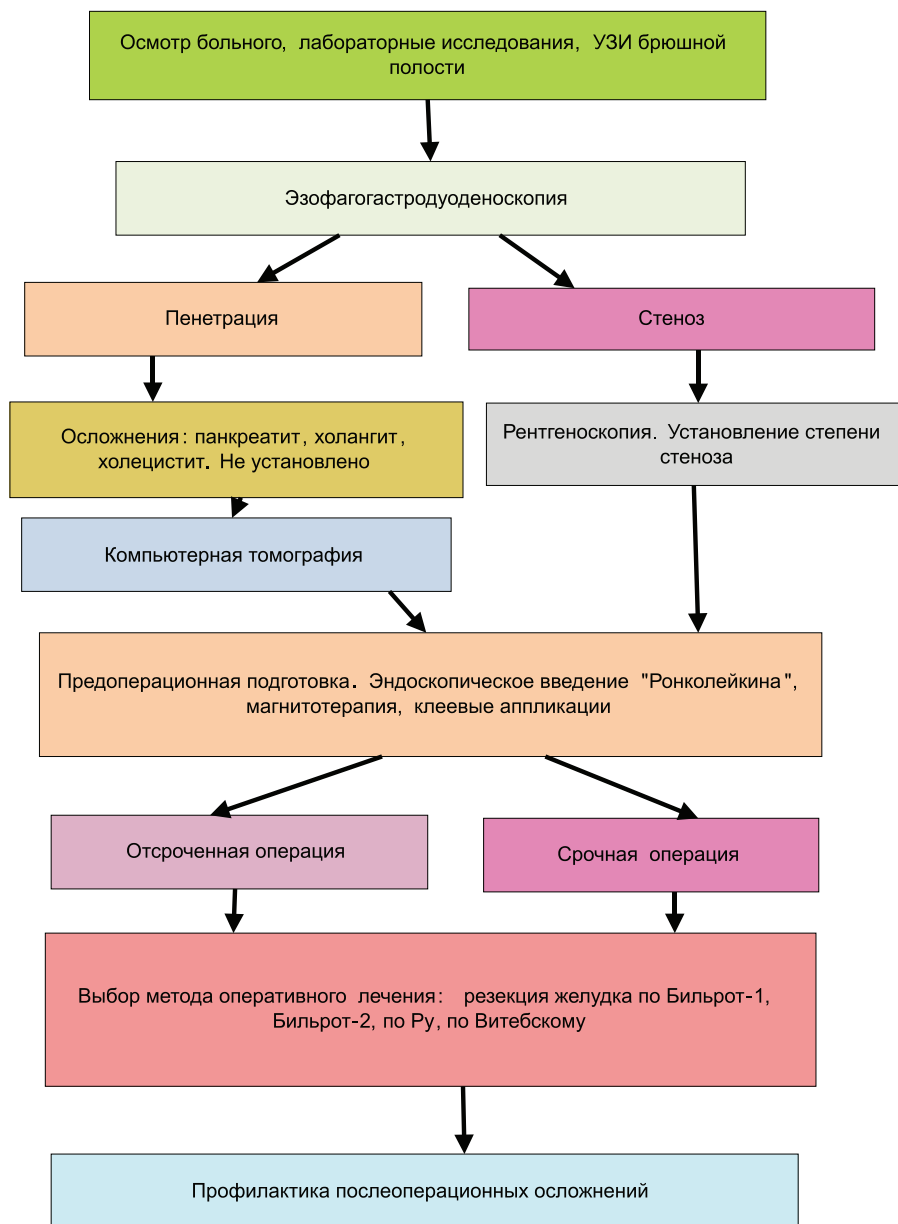
Больным язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом и (или) пенетрацией, в предоперационном периоде во время фиброгастродуоденоскопии, после визуальной оценки состояния язвы и степени стеноза, дистальный конец гастроскопа устанавливается в наиболее удобное положение, затем через инструментальный канал эндоскопа проводится инъектор, по которому субмукозно в трех точках периульцерозной зоны на расстоянии не более 1,0 см от краев язвы вводится раствор «Ронколейкина» 0,5 мг (500 000 МЕ) в объеме по 1,0 мл на каждую точку (в зависимости от размера язвенного дефекта). Контролем качества инъекции служит образование в области инъекции белесого инфильтрата. Эндоскопическое лечение проводилось с интервалом в 3 дня, на протяжении всего периода предоперационной подготовки, в среднем в течение 10 дней.

### Результаты исследования и их обсуждение

В основу проспективного, рандомизированного исследования положен клинический анализ лечения 36 больных осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, проведенного на базе кафедры госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета в хирургических отделениях «Центра специализированных видов медицинской помощи». Из них – 24 мужчины (66,8%) и 12 женщин (33,2%) в возрасте от 25 до 64 лет. Средний возраст пациентов составил 43,5 года. С язвенной болезнью желудка было 13 человек (26,2%) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки – 23 человека (73,8%). У 14 пациентов (38,8%) язвенная болезнь была осложнена компенсированным стенозом. У 10 больных (27,6%) – субкомпенсированным стенозом. У 5 больных (13,8%) – декомпенсированным стенозом. У 7 больных (19,4%) – пенетрацией, из них у 2 больных язва желудка пенетрировала в печень, у 1 больного язва двенадцатиперстной кишки пенетрировала в желчный пузырь и у 4 больных язва пенетрировала в головку поджелудочной железы. Все пациенты были разделены на 2 группы – основную (19 человек) и контрольную (17 человек). Все больные в предоперационном периоде получали стандартную комплексную медикаментозную терапию. В дополнение пациентам основной группы в разработанный нами алгоритм предоперационной подготовки включили эндоскопическое введение «Ронколейкина» (рисунок). Всем больным, включенным в исследование, проводили оценку состояния до и после операции по клиническим, лабораторным, рентгенологическим, гистологическим показателям и по данным фиброгастродуоденоскопии. Объем оперативного вмешательства составил: резекция желудка по Бильрот-1 проведена у 19 человек, резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера – у 15 пациентов, резекция желудка с анастомозом по Ру проведена у 1 человека и у 1 пациента – по Витебскому. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: в контрольной группе нагноение послеоперационной раны у 3 пациентов, расхождение швов послеоперационной раны у 1 больного, правосторонняя нижнедолевая пневмония у 2 пациентов. В основной группе было осложнение у 1 пациента – кровотечение из послеоперационной раны. В контрольной группе был 1 летальный ис-

ход – от тромбоэмболии легочной артерии, в основной группе летальных исходов не было. Средний срок пребывания в стацио-

наре после операции составил: в основной группе 13 койко-дней, в контрольной группе 21 койко-день.



*Лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с пенетрирующими и стенозирующими гастродуоденальными язвами*

### Вывод

Разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм предоперационной подготовки с включением в него эндоскопического введения «Ронколейкина» у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом и пенетрацией, обеспечивает снижение частоты осложнений в ближайшем послеоперационном периоде, сокра-

щает длительность стационарного лечения в послеоперационном периоде и уменьшает число летальных исходов.

### Список литературы

1. Блюдникова В.С. Эрозии желудка и язвенная болезнь: клинические, биохимические, морфологические и иммуногистохимические аспекты возникновения и прогрессирования. – М.: Наука, 2005. – С. 128.
2. Григорьев П.Я. Helicobacter pylori: гастрит, дуоденит (гастродуоденит), язвенная болезнь // Практикующий врач. – Саратов, 1999. – №16. – 21 с.

3. Звартау Э.Э., Рысс Е.С. Фармакотерапия гастродуоденальных язв. – СПб.: Наука, 1992.

4. Мурзагалиев Д.К., Рябоконт Г.Е. Некоторые иммунные сдвиги у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Советская медицина. – 1983. – № 2. – С. 13–16.

5. Петров В.П., Ерюхин Н.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. – М., 1987. – 256 с.

6. Стойко Ю.М., Багненко С.Ф., Курыгин А.А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. – СПб.: Питер, 2001. – 568 с.

7. Суриков В.А., Циммерман Я.С. Клиника, диагностика, иммуногенез и особенности лечения детей с гастродуоденальной патологией, ассоциированной с геликобактериозом // Перм. мед. журн. – 1998. – № 1. – С. 86–89.

8. Romagnani S. Th1 and Th2 in human diseases // Immunopathol. – 1996. – Vol. 80. – P. 225–235.

#### References:

1. Blyudnikova V.S. Erosion of the stomach and peptic ulcer disease: clinical, biochemical, morphological and immunohistochemical aspects of the onset and progression // Science. M., 2005. pp. 128.

2. Grigoriev P.Y. Helicobacter pylori: gastritis, duodenitis (gastro), peptic ulcer disease // practitioner, no. 16. Saratov. 1999. 21 p.

3. Zvartau E.E., Ryss E.S. Pharmacotherapy of gastroduodenal ulcers // Science. St.-Petersburg Branch. 1992.

4. Murzagaliev D.K., Ryabokon G.E. Some of the immune changes in patients with gastric ulcer and duodenal // Soviet medicine. 1983. no. 2. pp. 13–16.

5. Petrov V.P., Eryuhin N.A., Shemyakin I.S. Bleeding in diseases of the digestive tract. Moscow. 1987. 256 p.

6. Stojko Y.M., Bagnenko S.F., Kurygin A.A. Emergency surgical gastroenterology. St. Petersburg. Peter, 2001. 568 p.

7. Surikov V.A., Zimmermann J.S. Clinic, diagnosis, and especially immunogenesis treatment of children with gastroduodenal pathology associated with helicobacter pylori // Perm med. magazine 1998. no. 1. pp. 86–89.

8. Romagnani S. Th1 and Th2 in human diseases // Immunopathol. 1996. Vol. 80. P. 225–235.

#### Рецензенты:

Островский В.К., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей и оперативной хирургии с топографической анатомией и курсом стоматологии ФГБГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Чарышкин А.Л. д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии ФГБГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Работа поступила в редакцию 14.02.2012.