

ДИАГНОСТИКА СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Таранов И.И., Поленцова Н.П.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия (344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29), e-mail: Nata.polentsova2013@yadex.ru

В статье представлен комплексный подход к диагностике сочетанных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов пожилого и старческого возраста, позволяющий своевременно поставить правильный диагноз. Отмечена важность эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки в диагностике сочетанных осложнений, размеров язв, каллезного их изменения, множественного расположения язв в желудке или двенадцатиперстной кишке для развития осложнений язвенной болезни. У больных с язвами, осложнившимися пилородуоденальным стенозом или перфорацией, указана важность дооперационного рентгенологического исследования. При этом в случаях пилородуоденального стеноза данное исследование следует проводить посредством пассажа бариевой взвеси из желудка. Для целей ранней диагностики малигнизации язвы желудка показана необходимость забора биопсийного материала из краев язвы во время эндоскопического исследования желудка для последующего гистологического исследования.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сочетанные осложнения язвенной болезни, диагностика сочетанных осложнений, больные пожилого и старческого возраста.

DIAGNOSIS OF CONCOMITANT COMPLICATIONS OF GASTRIC ULCER AND DUODENAL ULCER IN ELDERLY AND SENILE AGE

Taranov I.I., Polentsova N.P.

GBOU VPO "Rostov State Medical University", Ministry of Health Russian Federation (344022, Rostov-on-Don, 29, Nahichevan street), e-mail: Nata.polentsova2013@yadex.ru

The article presents a comprehensive approach to the diagnosis of concomitant complications of gastric ulcer and duodenal ulcer in patients of elderly and senile age, enabling to make the correct diagnosis. The importance of endoscopic examinations of the stomach and duodenum in the diagnosis of concomitant complications, the size of ulcers, their callous changes, multiple locations of ulcers in the stomach or duodenum for the development of complications of peptic ulcer disease are noted. In patients with ulcers complicated by pyloroduodenal stenosis or perforation, the importance of preoperative radiographic examination is indicated. However, in cases pyloroduodenal stenosis this study should be conducted through the passage of barium suspension from the stomach. For the purpose of early diagnosis of malignancy of gastric ulcer shown the need to obtain biopsy material from the edges of the ulcer during endoscopic examination of the stomach for subsequent histological examination.

Keywords: gastric ulcer and duodenal ulcer, concomitant complications of peptic ulcer disease, concomitant diagnosis of complications, patients of elderly and senile age.

Клинические наблюдения свидетельствуют, что язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста имеет свои особенности. Она может протекать как продолжение данного заболевания, возникшего в зрелом возрасте. Кроме того, язвенная болезнь может быть «поздней», т.е. возникнуть в возрасте старше 60 лет, как правило, на фоне таких заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, хронические неспецифические заболевания легких, сахарный диабет и другие [2; 6]. У данного контингента пациентов язвенная болезнь также может возникнуть при атеросклеротическом поражении сосудов пищеварительного тракта [4]. Как

известно, в этиологии язвообразования в желудке большую роль играет *Helicobacter pylori*. Этот микроорганизм у лиц пожилого и старческого возраста выявляют в 90-95% наблюдений [5; 8]. При этом если язвенная болезнь является продолжением течения данного заболевания, возникшего зрелом возрасте, то анамнез заболевания известен, а клинические проявления в большинстве случаев явные. У отдельных больных к этому времени имели место язвенные кровотечения, перфорации язвы, по поводу которых они перенесли операции. При возникновении «поздних» язв анамнестические данные в большинстве наблюдений малоинформативны. В клинической картине болевой синдром не выражен или вообще отсутствует. Наблюдаются только диспептические проявления в виде изжоги, отрыжки, запоров [3; 4]. Естественно, при таких проявлениях язвенной болезни эти пациенты не обращаются за медицинской помощью в поликлиники или медицинские стационары. Но заболевание продолжает развиваться. Образуются гигантские или каллезные язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке, пенетрирующие в другие органы брюшной полости, или формируется пилородуоденальный стеноз. Все это становится причиной поздней диагностики язвенной болезни и ее осложнений. Чаще всего уже при развитии осложнений язвенной болезни лица пожилого и старческого возраста обращаются за медицинской помощью. При этом наиболее часто среди осложнений язвенной болезни на первый план выступают язвенные кровотечения или перфорации язв [2]. Вместе с тем число больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в последние годы возросло. Это объясняется, с одной стороны, увеличением продолжительности жизни населения нашей страны, а с другой – широким применением современного медикаментозного лечения язвенной болезни в молодом и зрелом возрасте, что привело к «перемещению» язвенной болезни в старшие возрасты. Однако даже после успешной терапии язвенной болезни в ближайшие 1-5 лет происходит рецидив заболевания и развитие его осложнений, в том числе сочетанных [1]. Диагностика сочетанных осложнений язвенной болезни у больных пожилого и старческого возраста остается одной из сложных проблем современной неотложной хирургии. Прежде всего, важно уже в приемном отделении выяснить язвенный анамнез, наличие в прошлом осложненного течения язвенной болезни, перенесенные заболевания сердца, печени, почек и других органов, которые могли привести к возникновению данного заболевания.

Цель исследования: разработать комплексный подход к диагностике сочетанных осложнений язвенной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 95 пациентов с сочетанными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Возраст их колебался от 60 до 84 лет. Большинство из них (72 чел., 75,8%) имели сопутствующие

заболевания легких, сердца, печени, желчного пузыря, головного мозга, мочевыводящих путей. Наиболее часто больные обращались в хирургический стационар по скорой помощи с признаками язвенного кровотечения (58 чел., 61,0%) и перфорации гастродуоденальных язв (19 чел., 20,0%). В клинической картине язвенного кровотечения были явные признаки: рвота типа «кофейной гущи», общая слабость, снижение артериального давления, учащение пульса, появление дегтеобразного стула. В случаях локализации кровоточащей язвы в двенадцатиперстной кишке рвота наблюдалась редко. Пациенты отмечали появление дегтеобразного стула. При перфорации гастродуоденальной язвы клинические признаки также были классическими. Проводимое при язвенных кровотечениях эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки преследовало цель - выявление не только продолжающегося язвенного кровотечения, но и размеры язвенного дефекта, его глубину, фиксацию сгустка крови на язве, изменения краев стенок язвы и слизистой оболочки, а также обнаружение множественных язв желудка или двенадцатиперстной кишки.

Результаты исследования и их обсуждение

В наших наблюдениях продолжающееся язвенное кровотечение выявлено в 11 (11,6%) случаях из пенетрирующих язв, сгусток на язвах имел место в 8 (8,4%) наблюдениях, гигантские размеры кровоточивших и пенетрирующих язв обнаружены у 17 (16,0%) больных, каллезные язвы в сочетании со стенозированием – у 6 (6,3%) пациентов. Две язвы в желудке с пенетрацией одной из них в малый сальник выявлены у 4 (4,2%) чел., язва желудка с дивертикулом двенадцатиперстной кишки – в 2 (2,1%) случаях, язва желудка и полип желудка - у 1 (1,0%) больного. Также важно было заподозрить возможность малигнизации язвы. Взятые биоптаты тканей из краев язвы подтвердили наличие малигнизации кровоточившей язвы желудка у 6 (6,3%) пациентов. Наиболее часто язвенные кровотечения сочетались с пилородуоденальным стенозом разной степени выраженности. При этом III степень стеноза по классификации Ю.М. Панцырева и соавт. [7] выявлена у 4 (4,2%) пациентов, II степень - у 4 (4,2%) чел., I степень - у 5 (5,2%) больных. Наличие пилородуоденального стеноза в сочетании с пенетрацией язвы обнаружено в 18 (19,0%) случаях. При этом пилородуоденальный стеноз IV степени имели 2 (2,1%) пациента, III степени – 7 (7,4%) больных, II степени - 3 (3,1%) чел., I степени в 3 (3,1%) случаях. Кроме того, 4 (4,2%) чел. ранее перенесли операции наложения заднего гастроэнтероанастомоза или ушивания перфоративной язвы. Для диагностики выраженности пилородуоденального стеноза больным, кроме эндоскопического исследования, осуществляли рентгеноскопию пассажа бариевой взвеси из желудка. Это давало возможность получить четкую картину нарушений эвакуации бариевой взвеси из желудка в двенадцатиперстную кишку. Среди

больных с перфоративными язвами пилородуоденальный стеноз был выявлен у 6 (6,3%) чел. Перфоративные язвы с пенетрацией в гастродуоденальную связку, головку поджелудочной железы, ворота печени, желчный пузырь выявлены у 11 (11,6%) больных. Перфорация язвы в сочетании с кровотечением из язвы имела место в 2 (2,1%) наблюдениях.

В случаях обращения пациентов с прободной язвой желудка обязательно выполнение обзорной рентгенографии органов брюшной полости. В наших наблюдениях наличие газа в поддиафрагмальном пространстве не было выявлено только в 1 случае при прикрытой перфорации язвы двенадцатиперстной кишки. Кроме того, во время операций по поводу перфоративных язв обязательно осуществляли иссечение язвы или выполнение резекции желудка, не только с целью ликвидации источника перфорации органа и сшивания полноценных тканей, но и возможности послеоперационной гистологической диагностики иссеченных тканей на возможность малигнизации язвы. Наши клинические наблюдения показывают, что малигнизация перфоративных язв у 3 (3,1%) больных выявлена только в послеоперационном периоде при гистологическом исследовании макропрепаратов.

Все эти полученные при диагностике сведения об особенностях язв и их осложнениях свидетельствуют о запоздалой диагностике данного патологического процесса. Вместе с тем они имеют существенное значение для выработки рациональной хирургической тактики лечения данной категории больных.

Заключение. Таким образом, диагностика сочетанных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста требует комплексного подхода с учетом анамнестических данных, клинических проявлений, результатов эндоскопических исследований, рентгенологического обследования посредством обзорной рентгенографии органов брюшной полости и пассажа бариевой взвеси при подозрении на наличие пилородуоденального стеноза III и IV степени, забора биоптатов из краев язвы при выявлении гигантских и каллезных язв, а также при перфорации язв для диагностики возможной их малигнизации.

Список литературы

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю. Тактика ведения больных с состоявшимся кровотечением из пилородуоденальных язв // XI съезд хирургов Российской Федерации : сб. – Волгоград : Изд-во ВолгМУ, 2011. - С. 646-647.
2. Горшенин Т.Л., Оболенская Т.И., Сидоренко В.А. и др. Особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у людей пожилого и старческого возраста // *Fundament research*. - 2012. - № 2. - Р. 192-197.

3. Звенигородская Л.А., Горуновская Л.А. Язвенная болезнь у пожилых лиц, клинико-морфологические особенности. Проблемы лекарственной терапии // Губернские мед. вести. - 2002. - № 2. - С. 26-27.
4. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н. Клинические проявления болезни и пожилой возраст // Заболевания органов пищеварения у пожилых : сб. - М. : Анахарейс, 2003. - С. 25-34.
5. Лазебник Л.Б. Касьяненко В.И. Фармако-экономические аспекты *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Эксперим. клинич. гастроэнтерол. - 2004. - № 2. - С. 25-29.
6. Маринчук А.Т., Бабиева А.М. Клинические особенности течения и лечения язвенной болезни у больных пожилого возраста // Главный врач Юга России. - 2014. - № 3-4 (40). - С. 39-42.
7. Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михалев А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза // Хирургия. - 2003. - № 2. - С. 18-21.
8. Pilotto A. Aging and upper gastrointestinal disorders // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. - 2004. - V. 18. - P. 73-81.

Рецензенты:

Белик Б.М., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону;

Дегтярев О.Л., д.м.н., доцент кафедры хирургических болезней ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону.