

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

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@yandex.ru

В статье на основе анализа хирургического лечения 132 больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни в пожилом и старческом возрасте представлены основные положения разработанной хирургической тактики. При ведущем осложнении язвенном кровотечении для выбора хирургической тактики имела значение активность язвенного кровотечения по классификации Forrest et al. (1974), а также угроза рецидива геморрагии и ее рецидив. В связи с этим экстренные операции выполняли при продолжающемся кровотечении, угрозе его рецидива и рецидиве. Срочные операции осуществляли при наличии тромба на язве, наличии тромбированного сосуда в язве, сочетании геморрагии с малигнизацией язвы и при выявлении нескольких язв в желудке. Плановые хирургические вмешательства производили при наличии гигантских и каллезных язв, при сочетании кровотечения с пилородуоденальным стенозом III и IV степени. При ведущем осложнении перфорации язвы выполнены экстренные операции, при ведущем осложнении пилородуоденальном стенозе – плановые операции. Консервативному лечению подлежали больные с устойчивым гемостазом в язве при сочетании с пилородуоденальным стенозом I или II степени, а также пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Ключевые слова: сочетанные осложнения язвенной болезни, больные пожилого и старческого возраста, хирургическая тактика, результаты хирургического лечения.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH EIDERLY AND SENILE WITH ASSOCIATED ULCER COMPLICATIONS

Taranov I.I., Polentsova N.P.

Medical University "Rostov State Medical University" Ministry of Health of the Russian Federation, Russia (344022, Rostov-on-Don, Trans. Nakhichevan, 29), e-mail: Nata.polentsova2013@yandex.ru

On the basis of the analysis of surgical treatment of 132 patients with combined complications of peptic ulcer disease in elderly and senile age presented the main provisions of surgical tactics. When the leading complication of ulcer bleeding to select surgical tactics mattered active ulcer bleeding on the classification of Forrest et al. (1974), as well as the threat of recurrence of hemorrhage and its recurrence. In this regard, emergency surgery was performed with continuous bleeding, his threat of relapse and recurrence. Emergency surgery was performed in the presence of a blood clot in the ulcer, the presence of the vessel in trombirovapnngo ulcer hemorrhage combined with malignancy ulcers and in the identification of several ulcers in the stomach. Planned surgery was performed in the presence of giant and callous ulcers, bleeding when combined with pyloroduodenal stenosis III and IV. If perforation of ulcer complications leading emergency surgery performed at the leading complication of pyloroduodenal stenosis - elective surgery. Conservative treatment of patients with stable subject to hemostasis in combination with ulcer pyloroduodenal stenosis I or II, and patients with severe comorbidities.

Keywords: combined complications of peptic ulcer disease, sick elderly, surgical approach, the results of surgical treatment.

Как известно, среди больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки лица пожилого и старческого возраста занимают особое положение. Как правило, у них значительно чаще язвенная болезнь сопровождается развитием таких осложнений, как перфорация, кровотечение, стеноз выходного отдела желудка, малигнизация язвы [1; 3; 5]. При этом у таких больных язвенные кровотечения и перфорация язв в большинстве случаев являются первыми проявлениями язвенной болезни и сопровождаются высокой

летальностью [2]. Так, по сведениям ученых стран Евросоюза, общая летальность от язвенных кровотечений у лиц пожилого и старческого возраста в 2 раза больше таковой у пациентов в возрасте до 60 лет [4; 7; 8]. По сведениям Н.А. Никитина и соавт. [6], в настоящее время число сочетанных осложнений язвенной болезни у больных пожилого возраста колеблется от 30,0 до 50,0%, а хирургическое лечение сопровождается значительной частотой послеоперационных осложнений (30,0%) и высокой летальностью, достигающей 37,0%.

Выбор рациональной хирургической тактики при сочетанных осложнениях язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста остается не достаточно разработанным. Поэтому обоснование показаний к хирургической операции или к проведению консервативного лечения у данного контингента пациентов является актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии.

Цель исследования. Разработать оптимальную хирургическую тактику лечения больных пожилого и старческого возраста с сочетанными осложнениями язвенной болезни.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 132 больных пожилого и старческого возраста с сочетанными осложнениями язвенной болезни, поступивших в хирургическое отделение в порядке скорой медицинской помощи. В соответствии с особенностями оказания хирургической помощи пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 50 чел., составивших группу сравнения, получавших традиционное хирургическое лечение. Вторую группу составили 82 больных, получавших разработанное хирургическое лечение. Распределение пациентов на группы представлено в таблице 1.

Таблица 1

Группы больных

Виды сочетания осложнений язвенной болезни	Традиционное хирургическое лечение	Разработанное хирургическое лечение	Всего: абс. %
Язвенное кровотечение и пилородуоденальный стеноз	16	29	45 34,1
Язвенное кровотечение и пенетрация язвы	12	19	31 23,5
Язвенное кровотечение, пилородуоденальный стеноз и пенетрация язвы	3	5	8 6,0
Язвенное кровотечение и малигнизация язвы	2	5	7 5,3
Перфорация язвы и язвенное кровотечение	1	2	3 2,3
Перфорация язвы и пилородуоденальный стеноз	2	4	6 4,6

Перфорация язвы с пенетрацией	7	11	18 13,6
Пилородуоденальный стеноз и пенетрация язвы	7	7	14 10,6
Итого: абс.	50	82	132
%	38,0	62,0	100,0

В каждой группе больных были выделены по 3 подгруппы: а - с ведущим осложнением язвенным кровотечением; б – с ведущим осложнением перфорацией язвы; в – с ведущим осложнением пилородуоденальным стенозом. Это было обусловлено тем, что язвенное кровотечение и перфорация язвы среди всех сочетаний осложнений язвенной болезни представляют непосредственную угрозу жизни больным, а пилородуоденальный стеноз III и IV степени – крайнюю тяжесть состояния пациентов.

Анализ сведений, изложенных в таблице 1, показывает, что в группе больных, получавших традиционное хирургическое лечение, с ведущим осложнением язвенным кровотечением было 33 чел., с ведущим осложнением перфорацией язвы - 10 пациентов, с ведущим осложнением пилородуоденальным стенозом - 7 больных. В группе лиц, получавших разработанное хирургическое лечение, с ведущим осложнением язвенным кровотечением было 58 чел., с ведущим осложнением перфорацией язвы - 17 пациентов, с ведущим осложнением пилородуоденальным стенозом - 7 больных.

В целях диагностики язвенной болезни и наличия ее осложнений всем пациентам выполняли фиброгастроуденоскопию. При этом лицам с язвенным кровотечением из группы больных, получавших традиционное хирургическое лечение, осуществляли эндоскопический гемостаз спирт-адреналиновой смесью. Повторные эндоскопии желудка и двенадцатиперстной кишки выполняли через 12 и 24 часа. В случаях выявления язвенного процесса с наличием пилородуоденального стеноза III или IV степени обязательно производили рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки посредством пассажа бариевой взвеси. Пациентам с признаками перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки выполняли обзорную рентгенографию брюшной полости с целью выявления наличия свободного газа в поддиафрагмальном пространстве брюшной полости.

Отличие эндоскопической диагностики язвенного процесса и его осложнений при разработанном хирургическом лечении заключалось в том, что при выявлении язвенного кровотечения его остановку осуществляли аргоноплазменной коагуляцией.

В случаях обращения больных обеих групп с признаками язвенного кровотечения, кроме эндоскопического гемостаза, обязательно назначали традиционную медикаментозную гемостатическую и инфузионную терапию. При ведущем осложнении перфорации язвы проводили кратковременную предоперационную подготовку посредством инфузионной терапии. Пациентам с ведущим осложнением пилородуоденальным стенозом

осуществляли длительную предоперационную подготовку (10-14 дней) для компенсации нарушений обмена веществ.

Хирургическая тактика. При традиционном хирургическом лечении в подгруппе больных с ведущим осложнением язвенным кровотечением, в соответствии с классификацией Forrest et al. [9], активность язвенных кровотечений была распределена следующим образом: струйное кровотечение (F-IA) – 1 чел., капельное кровотечение (F-IB) – 5 больных, видимый при эндоскопии крупный тромбированный сосуд в язве (F-IIA) – 1 пациент, язвенный кратер покрыт сгустком крови (F-IIB) – в 4 наблюдениях, в язве были видны тромбированные мелкие сосуды (F-IIC) – в 2 случаях, состоявшееся кровотечение из язвы (F-III) – у 20 больных. Исходя из этого, а также с учетом возможного рецидива кровотечения, экстренные операции выполняли пациентам с продолжающимся кровотечением из язвы, лицам с явной угрозой рецидива геморрагии в ближайшие часы после эндоскопического гемостаза, а также больным с рецидивом кровотечения из язвы. Срочные операции производили при выявлении в язве крупного тромбированного сосуда. Плановые хирургические вмешательства выполняли лицам с остановленным язвенным кровотечением при сочетании его с пилородуоденальным стенозом III и IV степени, а также при выявлении двух язв в желудке, одна из которых была источником кровотечения. Остальным пациентам проведено консервативное лечение.

При разработанном хирургическом лечении в подгруппе больных с ведущим осложнением язвенным кровотечением также хирургическую тактику определяли активностью язвенного кровотечения по классификации Forrest et al. [9]. Так, при эндоскопическом исследовании продолжающееся струйное кровотечение из язвы (F-IA) обнаружено у 2 пациентов. Капельное кровотечение из язвы (F-IB) имело место у 7 больных. Видимый крупный тромбированный сосуд в язве (F-IIA) выявлен у 1 чел. Тромб на язве (F-IIB) располагался в 7 случаях. Мелкие тромбированные сосуды в язве (F-IIC) определены в 3 наблюдениях. У остальных больных было выявлено состоявшееся кровотечение из язвы (F-III). Кроме того, при выборе хирургической тактики руководствовались реальной возможностью рецидива геморрагии в ближайшее время, ее рецидивом, наличием пилородуоденального стеноза III и IV степени, а также выявленной малигнизацией язвы. Сведения о критериях выбора хирургической тактики изложены в таблице 2.

Таблица 2

Тактика хирургического лечения больных с ведущим осложнением
язвенным кровотечением

Показания к операции	Срочность операции	Консерват. лечение
Продолжающееся кровотечение	Экстренная	

Явная угроза рецидива кровотечения	Экстренная	
Рецидив кровотечения	Экстренная	
Тромбированный сосуд в язве	Срочная	
Наличие тромба на язве	Срочная	
Гемостаз в гигантской язве	Плановая	
Гемостаз в каллезной язве	Плановая	
Сочетание кровотечения с пилородуоденальным стенозом III и IV степени	Плановая, с постоянной готовностью к выполнению экстренной	
Наличие двух язв в желудке	Срочная	
Сочетание кровотечения с малигнизацией язвы	Срочная	
Устойчивый гемостаз в язве		Консерват. лечение
Тяжелые сопутствующие заболевания		Консерват. лечение

В подгруппах больных с ведущим осложнением перфорацией язвы как при традиционном хирургическом лечении, так и при разработанном хирургическом лечении выполняли экстренные операции. В подгруппах пациентов с ведущим осложнением пилородуоденальном стенозе больным обеих групп производили плановые хирургические вмешательства.

Результаты исследования и их обсуждение

При традиционном хирургическом лечении экстренные операции выполнены 12 больным (24,0%), из них с продолжающимся язвенным кровотечением - 1 пациенту (2,0%), с угрозой рецидива геморрагии после эндоскопической остановки - в 5 наблюдениях (10,0%), при рецидиве кровотечения – в 6 случаях (12,0%). В срочном порядке произведена 1 операция при выявлении крупного тромбированного сосуда в язве. Плановые хирургические вмешательства выполнены 5 больным (10,0%). Консервативное лечение проведено 15 пациентам (30,0%).

В соответствии с хирургической тактикой, изложенной в таблице 2, при разработанном хирургическом лечении в экстренном порядке оперировано 16 чел. (20,0%). По срочным показаниям операции выполнены 6 больным (7,3%). В плановом порядке хирургические вмешательства произведены 19 пациентам (23,2%). Консервативное лечение проведено в 17 наблюдениях (20,4%).

При традиционном хирургическом лечении в подгруппе лиц с ведущим осложнением язвенным кровотечением широко распространенной операцией была лапаротомия с прошиванием кровоточащей язвы. Она выполнена 8 больным. Различные варианты операции резекции желудка также произведены 8 пациентам. При ведущем осложнении перфорации язвы различные виды операции резекции желудка выполнены у 6 чел. Ушивание перфоративной язвы осуществлено 3 больным, иссечение перфоративной язвы с

пилоропластикой по Гейнике-Микуличу – в 1 случае. При ведущем осложнении пилородуоденальном стенозе выполняли только резекции желудка (7 чел.).

При разработанном хирургическом лечении в подгруппе больных с ведущим осложнением язвенным кровотечением производили в основном операции резекции желудка (35 чел.). Эндовидеохирургическое прошивание кровоточащих язв осуществлено 6 пациентам. Рецидива язвенного кровотечения после таких операций не было. Следует отметить, что при ведущем осложнении перфорации язвы для профилактики эвентрации через лапаротомную рану параллельно ей с двух сторон накладывали дополнительно удерживающие ее края «протекторные» швы, которые с помощью застёжек стягивали рану в поперечном направлении. При ведущем осложнении перфорации язвы операция ушивания перфоративной язвы выполнена 6 пациентам, в том числе с наложением «протекторных» швов – в 1 случае. Иссечение перфоративных язв с последующим ушиванием осуществлено в 5 наблюдениях, из них в 4 случаях операции дополнены наложением «протекторных» швов. Операции резекции желудка в различных вариантах выполнены 6 больным. При ведущем осложнении пилородуоденальном стенозе производили только операции резекции желудка.

Следует отметить, что выполняемые при традиционном хирургическом лечении операции по прошиванию гигантских и каллезных кровоточащих язв были малоэффективны. В 3 случаях имел место рецидив геморрагии из язвы с летальным исходом. Также с летальным исходом было возникновение кровотечения из ушитой гигантской перфоративной язвы. Кроме того, летальные исходы отмечены у 2 пациентов из-за несостоятельности швов после ушивания гигантских перфоративных язв. Поэтому при разработанном хирургическом лечении в случаях выявления кровоточащих или перфоративных язв гигантских размеров или калезных язв выполняли их иссечение. Это предупреждало возникновение указанных послеоперационных осложнений.

Сравнение результатов лечения группы больных, получавших традиционное хирургическое лечение, и группы пациентов, получавших разработанное хирургическое лечение, показывает, что разработанное хирургическое лечение имеет следующие преимущества (таблица 3).

Таблица 3

Клиническая эффективность хирургического лечения больных

№ п/п	Сравнимые показатели	Группы больных	
		Традиционное лечение	Разработанное лечение
1.	Рецидив кровотечения после прошивания язвы	8,0%	0
	Число послеоперационных		

2.	осложнений	28,0%	14,6%
3.	Возникновение эвентрации в послеоперационном периоде	4,0%	0
4.	Послеоперационная летальность	18,0%	6,1%
5.	Длительность стационарного лечения при ведущем осложнении язвенном кровотечении	27,11 ± 2,41 к/д	25,75 ± 2,23 к/д
6.	Длительность стационарного лечения при ведущем осложнении пилородуоденальном стенозе	24,95 ± 2,71 к/д	23,24 ± 2,42 к/д

Преимущества, изложенные в таблице 3, объясняются тем, что при разработанном хирургическом лечении не применяли прошивания кровоточащих язв при их гигантских размерах и каллезных изменениях стенок. Также не наблюдалось эвентрации через лапаротомную рану, так как в 12 случаях тяжелым больным дополнительно накладывали «протекторные» швы параллельно ушитой лапаротомной ране. Снижение числа послеоперационных осложнений способствовало уменьшению числа летальных исходов и сокращению сроков лечения больных в стационаре.

Выводы

1. Пациентам с ведущим осложнением язвенным кровотечением экстренные операции следует выполнять лицам с продолжающимся кровотечением, явной угрозой рецидива геморрагии в ближайшее время после эндоскопического гемостаза и при рецидиве кровотечения из язвы.
2. Срочные хирургические вмешательства показаны при выявлении в язве крупного тромбированного сосуда, наличии тромба на язве, выявлении двух язв в гастродуоденальной зоне и больным с сочетанием остановленного язвенного кровотечения с малигнизацией язвы.
3. Плановые операции следует производить пациентам с остановленным кровотечением из гигантских и каллезных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Больных с сочетанием язвенного кровотечения с пилородуоденальным стенозом III или IV степени следует готовить к плановым операциям при постоянной готовности к выполнению экстренного хирургического вмешательства в случае рецидива геморрагии из язвы. Пациентам с ведущим осложнением пилородуоденальным стенозом показаны плановые хирургические операции.
4. Данной категории больных необходимо выполнять надежные хирургические операции, особенно при проведении вмешательств по экстренным показаниям. Во время экстренных операций по поводу сочетанных кровоточащих и сочетанных перфоративных гигантских или каллезных язв следует осуществлять их иссечение с последующим ушиванием для

предупреждения рецидива язвенного кровотечения и возникновения несостоятельности швов в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Вовк Е.И. Гастродуоденальные кровотечения в пожилом возрасте // Мед. совет. - 2012. - № 9. - С. 21-26.
2. Винник Ю.С. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста / Винник Ю.С., Аксютенко А.Н., Теплякова О.В. и др. // Московский хирургический журнал. - 2010. - № 5. - С. 31-37.
3. Горшенин Т.Л. Результаты лечения больных с кровоточащей язвой двенадцатиперстной кишки пожилого возраста в условиях специализированного геронтологического стационара / Горшенин Т.Л., Ткаченко А.Н., Могила А.И. и др. // Материалы VI Всерос. конф., объединенной с VI Успенскими чтениями. – Тверь, 2010. - С. 81-82.
4. Жаров С.В. Результаты оперативного лечения пациентов пожилого и старческого возраста с осложненными гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки / Жаров С.В., Нарезкин Д.В., Романенков С.Н. // Новости хирургии. - 2012. - Т. 20. - № 2. - С. 25-28.
5. Ермолов А.С. Эндоскопический гемостаз и профилактика рецидива кровотечения у пациентов с гастродуоденальными язвами / Ермолов А.С., Пинчук Т.П., Тетерин Ю.С. и др. // Актуальные вопросы неотложной хирургии : сб. – Пятигорск, 2011. - С. 51-52.
6. Никитин Н.А. Хирургическое лечение сочетанных осложнений язвенной болезни при пилородуоденальной локализации язв / Никитин Н.А., Коршунова Т.П., Онучин М.А. и др. // Мед. альманах. - 2010. - № 1 (10). - С. 121-125.
7. Тимербулатов В.М. Комбинированные эндоскопические и эндохирургические вмешательства при осложнениях гастродуоденальных язв / Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Сibaев В.М. и др. // XI съезд хирургов Российской Федерации : сб. – Волгоград : Изд-во ВолгМУ, 2011. - С. 700.
8. Azimov A.A. Analysis of mortality in patients with bleeding gastric ulcer // Abstract of XII International Euroasian congress of surgery and gastroenterology. - 2011. - P. 39-40.
9. Forrest J.A.H. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / Forrest J.A.H., Finlayson N.L.S., Shearman D.J.C. // Lancet. - 1974. - № 17. - P. 394-397.

Рецензенты:

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

Штильман М.Ю., д.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 3 ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону.