

## **ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

**Таранов И.И.<sup>1</sup>, Поленцова Н.П.<sup>1</sup>**

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

Проведен клинический анализ лечения 132 больных с сочетанными осложнениями язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста. При разработанном хирургическом лечении пациентов особенностями предоперационной подготовки было осуществление аргоноплазменной коагуляции кровоточащих язв при ведущем осложнении язвенном кровотечении, проведение в верхний отдел пищеварительного тракта двухканального зонда лицам с пилородуоденальным стенозом III и IV степени для наружной декомпрессии желудка и осуществления энтерального зондового питания. Во время операции такой же зонд устанавливали одним каналом в просвете культи желудка, другим каналом в отводящую петлю тощей кишки. Это давало возможность разрешать прием жидкости через рот с первых часов после операции для утоления жажды и промываний культи желудка, а также осуществлять энтеральное зондовое питание больных. Для стимуляции восстановления перистальтики кишечника в течение 3 дней после операции в тощую кишку через канал зонда вводили капельно кислородсодержащий раствор. Наиболее тяжелым пациентам во время операции выполняли канюлирование пупочной вены для внутриворотального введения инфузионных растворов и антибиотиков в послеоперационном периоде. Такая терапия в предоперационном и послеоперационном периодах способствовала благоприятному течению послеоперационного периода, снижению числа послеоперационных осложнений с 28,0% до 14,6% и летальности с 18,0% до 6,1%.

Ключевые слова: двухканальный питательно-декомпрессионный зонд, энтеральное зондовое питание, канюлирование пупочной вены, внутриворотальное введение лекарственных средств

## **PREOPERATIVE PREPARATION AND POSTOPERATIVE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH COMBINED COMPLICATIONS OF ULCEROUS DISEASE IN ELDERLY AND SENILE AGE**

**Taranov I. I.<sup>1</sup>, Polentsova N.P.<sup>1</sup>**

*GBOU VPO "Rostov state medical University" of the Ministry of health of the Russian Federation (344022, Rostov-on-don, the lane Nakhichevan, 29) e-mail: Nata.polentsova2013@yandex.ru*

A clinical analysis of treatment of 132 patients with combined complications of ulcerous disease in elderly and senile age. If the designed surgical treatment of patients with features of preoperative preparation was the implementation of argon plasma coagulation of bleeding ulcers when the leading complication of peptic ulcer bleeding, holding in the upper section of the digestive tract of a two-channel probe persons with pyloroduodenal stenosis of III and IV degree for external decompression of the stomach and the implementation of enteral tube feeding. During the operation of the same probe set one channel in the lumen of the gastric stump, the other channel in a discharge loop of jejunum. This gave the opportunity to resolve the fluid intake through the mouth from the first hours after surgery to quench his thirst and wash the stump of Zheludok and perform enteral tube feeding patients. To stimulate recovery of intestinal peristalsis within 3 days after the operation into the jejunum through the channel of the probe was injected drip oxygenate the solution. The most severe patients during surgery performed kanalirovaniya umbilical vein for intraportal introduction of infusion solutions and antibiotics in the postoperative period. This therapy in the preoperative and postoperative periods was facilitated by favorable postoperative period, to reduce the number of postoperative complications from 28.0% to 14.6% and mortality from 18,0% to 6.1%.

Keywords: dual-nutrient-probe decompression, enteral tube feeding, cannulation umbilical vein, portal injection of drugs.

Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу сочетанных осложнений язвенной болезни,

играют важнейшую роль в благоприятном исходе операции. Возрастные изменения в организме, тяжесть состояния в связи с различным сочетанием таких осложнений язвенной болезни как кровотечение, перфорация, пилородуоденальный стеноз, пенетрация, малигнизация требуют проведения интенсивной терапии, направленной на подготовку организма больных к операции и благоприятное течение послеоперационного периода [1,5].

Одним из важных направлений предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных после операций на желудке является компенсация метаболических процессов: регуляция водно-электролитных расстройств, обеспечение организмов больных энергетическим и пластическим материалом [8]. Как правило, для этого используют парентеральные инфузии водно-электролитных растворов, энергетических и белковых препаратов. Как сообщает Б.Р. Гельфанд и соавт. [4] парентеральное питание имеет свои недостатки, которые сводятся к дисфункции органов брюшной полости, выключение тонкой кишки из пищеварения, а также к возникновению инфекционных, метаболических и аллергических осложнений. Поэтому более адекватным естественному питанию является энтеральное зондовое введение питательных веществ в тонкую кишку. По мнению указанных авторов, оно имеет следующие преимущества: обеспечивает поддержание структуры ворсин тонкой кишки, сохраняет ее эпителий и его проницаемость, стимулирует выделение кишечных ферментов и желчи для пищеварения. По сведения Р.Б. Мумладзе и соавт. [7] энтеральное зондовое питание в послеоперационном периоде дает возможность более адекватно обеспечивать организм больных энерго-пластическим материалом.

Другим направлением в стабилизации пациентов с сочетанными осложнениями язвенной болезни является компенсация кровопотери в связи с язвенным кровотечением. Как отмечают А.Ю. Буланов и соавт. [3], при острой кровопотере свыше 30,0% объема циркулирующей крови восполнение дефицита эритроцитов необходимо осуществлять инфузиями эритроцитосодержащих сред. При менее выраженных кровопотерях осуществляют инфузии кристаллоидных (солевых) и коллоидных растворов (альбумин, свежезамороженная плазма). Этим самым восполняется объем циркулирующей крови и создается состояние гемодилюции [2].

Также важным фактором предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных является лечение сопутствующих заболеваний, поскольку лица пожилого и старческого возраста имеют их, чаще всего, по нескольку [6]. Таким образом, проведение предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу сочетанных осложнений язвенной болезни, представляется весьма сложным и требует дальнейших исследований.

**Цель исследования:** улучшить предоперационную подготовку и послеоперационное ведение 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, госпитализированных в хирургическое отделение в порядке скорой медицинской помощи. В соответствии с особенностями оказания хирургической помощи пациенты разделены на 2 группы. Первую группу составили 50 больных, получавших традиционное хирургическое лечение. Во вторую группу вошли 82 чел., получавших разработанное хирургическое лечение. В каждой группе были выделены по 3 подгруппы больных: а – с ведущим осложнением язвенным кровотечением; б – с ведущим осложнением перфорацией язвы; в – с ведущим осложнением пилородуоденальным стенозом.

Обследование пациентов в период госпитализации выявило у всех них ряд сопутствующих заболеваний. Многие из них имели несколько сочетаний сопутствующих заболеваний со стороны сердца, легких, сосудов, печени, почек, поджелудочной железы, передней брюшной стенки (таблица 1).

**Таблица 1**

Виды сопутствующих заболеваний, выявленные у больных обеих групп

Виды заболеваний	сопутствующих	Лица, получавшие традиционное лечение	Лица, получавшие разработанное лечение
Общий коронарокардио-склероз	атеросклероз,	28	42
Гипертоническая болезнь		11	29
Ишемическая болезнь сердца		9	14
Постинфарктный коронарокардио-склероз		3	8
Пневмосклероз, хроническая дыхательная недостаточность		3	4
Хронический бронхит	обтурационный	1	4
Туберкулез легких		1	-
Остаточные явления ишемического инсульта		1	3
Сахарный диабет		6	18
Аденома предстательной железы		5	8
Мочекаменная болезнь		3	4
Хронический пиелонефрит		-	1
Хронический холецистит	калькулезный	3	6

Ревматоидный полиартрит	1	-
Цирроз печени	-	1
Грыжи передней брюшной стенки	1	3

Естественно, данные заболевания имели большое значение в исходе стационарного лечения. Поэтому больные были консультированы соответствующими врачами-специалистами и им проводили назначенное этими врачами лечение в предоперационном и послеоперационном периодах. Больной с активным туберкулезом легких после выполнения операции переведен в городской туберкулезный диспансер для соответствующего лечения.

По поводу осложнений язвенной болезни всем пациентам при поступлении в стационар выполняли фиброгастродуоденоскопию. При этом с больным с ведущим осложнением язвенным кровотечением обязательно осуществляли эндоскопический гемостаз. Лицам с язвенными кровотечениями из группы сравнения его выполняли спирто-адреналиновой смесью, больным, получавшим разработанное хирургическое лечение – аргоноплазменной коагуляцией. Повторные эндоскопии желудка и двенадцатиперстной кишки пациентам обеих подгрупп выполняли через 12 и 24 часа.

Пациентам обеих групп с ведущим осложнением язвенным кровотечением, кроме эндоскопического гемостаза, обязательно назначали традиционную медикаментозную гемостатическую терапию: инъекции викасола, этамзилата натрия, внутривенные инфузии хлорида кальция. Также осуществляли инфузионную терапию, направленную на восполнение кровопотери. Внутривенно вводили глюкозо-электролитные растворы из расчета 20 мл/кг массы тела пациента и 0,2 л плазмы при кровопотере 1-й степени. При кровопотере 2-й степени внутривенные инфузии составляли 30 мл/кг массы тела пациента глюкозо-электролитных растворов, 0,5 л плазмы или альбумина и 0,2 л эритроцитарной массы. В случаях потери крови 3-й степени инфузионная терапия включала 30 мл/кг массы глюкозо-электролитных растворов, 0,5 л нативной плазмы или альбумина и 0,5-0,7 л эритроцитарной массы. Больных с более выраженной кровопотерей в наблюдениях не было.

Лицам с ведущим осложнением перфорацией язвы перед операцией внутривенно вводили 0,8 - 1,5 л глюкозо-электролитных растворов, чаще всего на операционном столе. Больных с ведущим осложнением пилородуоденальным стенозом готовили к операции 10-14 дней с обязательной инфузией солевых и глюкозо-электролитных раствором, плазмы, альбумина. В день госпитализации также вводили растворы соды, трисамин, трисоль под контролем кислотно-щелочного состояния крови. Общий объем инфузий составлял не менее 40 мл/кг.

Кроме того, пациентам, получавшим традиционное хирургическое лечение, при наличии сочетания язвенного кровотечения с пилородуоденальным стенозом III и IV степени в желудок вводили постоянный зонд для удаления застойной жидкости и промываний желудка. Со временем в связи с постоянной наружной декомпрессией желудка

воспалительные изменения в его слизистой оболочке уменьшались и, частично, восстанавливалась проходимость из желудка в двенадцатиперстную кишку. В таких случаях разрешали прием жидкой пищи (кефира, отвара сухофруктов, йогурта, куриных яиц, протертого мяса) через рот в объеме 0,2-0,3 л на прием.

В послеоперационном периоде пациентам, получавшим традиционное хирургическое лечение, осуществляли парентеральное питание в течение 4-5 суток. Питательные растворы вводили внутривенно из расчета 40 мл/кг массы тела. Пациентам с пилородуоденальным стенозом III и IV степени обязательно проводили коррекцию кислотно-щелочного состояния крови. Осуществляли также наружную декомпрессию желудка назогастральным зондом в течение 3-4 суток (до восстановления перистальтики кишечника). После этого разрешали прием через рот жидкости (минеральной воды, отвара сухофруктов) и жидкой пищи (кефира, йогурта, куриных яиц и др.).

Предоперационная терапия больных, получавших разработанное лечение, отличалась тем, что кроме остановки язвенного кровотечения аргонеплазменной коагуляции во время эндоскопии, брали биоптаты из краев язвы и слизистой оболочки желудка для гистологического исследования и определения наличия *Helicobacter pylori* и ее чувствительности к антибактериальным препаратам. В первые сутки предоперационного периода пациентам с выявленным пилородуоденальным стенозом III и IV степени в желудок с помощью эндоскопа вводили двухканальный питательно-декомпрессионный зонд (патент на полезную модель № 6510 кафедры военно-полевой хирургии РостГМУ). При этом дистальный конец канала зонда для питания проводили в двенадцатиперстную кишку через зону стеноза, а дистальный конец канала зонда для декомпрессии оставляли в просвете желудка. Наружу зонд выводили через один из носовых ходов. После такой установки зонда больным разрешали прием жидкости через рот по 50-60 мл на прием. Эта жидкость, попав в желудок, сразу вытекала наружу по типу «мнимого питья», осуществляя, тем самым, промывание желудка. В течение суток больной мог таким образом выпить до 1,6 л жидкости. По питательному зонду осуществляли питание пациентов. При этом лицам с пилородуоденальным стенозом III и IV степени для восполнения электролитного баланса в 1-е сутки вводили только электролитные растворы (0,9% раствор хлорида натрия, раствор Рингера, глюкозо-электролитные растворы с содержанием глюкозы 5,0%). Со 2-х суток состав питательных жидкостей расширяли. Вводили мясные бульоны, протоквашу, манную кашу, протертые сваренные куриные яйца, отвар сухофруктов). Это позволяло уменьшить объем внутривенных инфузий до 1,5 л в сутки.

Во время операции такой же конструкции зонд устанавливали в культе желудка и начальном отделе тонкой кишки для наружной декомпрессии культи желудка, промываний

ее, а также для энтерального зондового питания в послеоперационном периоде. После операции пациентам сразу же разрешали прием жидкости в объеме 50-60 мл через рот. Жидкость смачивала ротовую полость, глотку, пищевод и, попав в просвет желудка, постепенно вытекала наружу по каналу зонда для декомпрессии, осуществляя тем самым промывание культи желудка. Через питательный канал зонда начинали вводить кислородсодержащий раствор Рингера со скоростью 20 капель в 1 минуту (объемом 1,0-1,2 л в сутки) для ускорения восстановления перистальтики кишечника (патент № 2160644 кафедры военно-полевой хирургии РостГМУ). Со 2-х суток объем инфузии данного раствора увеличивали до 1,6-1,8 л в сутки. После восстановления перистальтики кишечника данный канал зонда использовали для энтерального зондового питания.

Кроме того, наиболее тяжелым больным, особенно, при ведущем осложнении перфорации язвы, во время операции выполняли канюлирование пупочной вены для внутрипортального введения лекарственных средств в послеоперационном периоде. Внутрипортально вводили раствор Рингера, плазму, глюкозо-электролитные растворы и другие препараты (по показаниям). При этом больным с ведущим осложнением перфорацией язвы с признаками перитонита внутрипортально вводили раствор антибиотика в 250 мл 0,9% хлорида натрия со скоростью 20 капель в 1 минуту.

Пациентам обеих групп назначали антихеликобактерную терапию. Условиями для ее назначения были: остановленное кровотечение, отсутствие пилородуоденального стеноза III и IV степени (этим больным данную терапию назначали с 6-го дня послеоперационного периода). Назначали антихеликобактерную терапию следующего состава: препарат фромилид по 0,5 после еды 2 раза в день, препарат ультоп по 20 мг 2 раза в день и препарат флемоксин солютаб по 0,5 2 раза в день после еды. После получения результатов исследования чувствительности *Helicobacter pylori* к антибактериальным средствам, соответственно назначали их с наиболее выраженной чувствительностью. Если больного оперировали ранее 10 суток предоперационного периода, то данную терапию продолжали в послеоперационном периоде с 6-го дня.

### Результаты и их обсуждение

Полученные результаты лечения больных обеих групп представлены в таблице 2.

**Таблицы 2**

Результаты лечения больных обеих групп

№ п/п	Сравниваемые показатели	Группы больных	
		Получавшие традиционное лечение	Получавшие разрабатанное лечение
1.	Восстановление перистальтики кишечника после операции	2,75±0,72 сутки	2,06±0,48 сутки

2.	Начали отходить газы из кишечника после операции	3,86±0,89 сутки	2,68±0,62 сутки
3.	Появился самостоятельный стул после операции	6,34±1,38 сутки	5,56±0,69 сутки
4.	Больные начали самостоятельно ходить после операции	6,79±0,72 сутки	5,41±0,71 сутки
5.	Сняты швы с операционной раны	11,25±0,73 сутки	10,12 ±0,59 сутки
6.	Общая продолжительность стационарного лечения	27,11±2,41 суток	25,75±2,23 суток
7.	Частота послеоперационных Осложнений	28,0%	16,4%
8.	Послеоперационная летальность	18,0%	6,1%

Есть основания полагать, что более лучшие результаты лечения больных, получавших разработанное хирургическое лечение, объясняется тем, что в предоперационном периоде использовали аргоноплазменную коагуляцию кровоточащих язв как более надежную для эндоскопического гемостаза. Также применяли проведение двухканального зонда в верхний отдел пищеварительного тракта пациентам с пилородуоденальным стенозом III и IV степени. При этом один канал зонда располагали в просвете желудка для его наружной декомпрессии. Второй канал зонда проводили через зону стеноза в просвет двенадцатиперстной кишки для энтерального зондового питания. Во время операции такой же зонд устанавливали одним каналом в просвете культи желудка, другим каналом – в просвете отводящей тощей кишки. Это позволяло осуществлять наружную декомпрессию культи желудка, назначать в ранние сроки прием жидкости через рот для утоления жажды и промываний культи желудка, а также проводить энтеральное зондовое питание в послеоперационном периоде, тем самым, способствуя более раннему восстановлению перистальтики кишечника после операции. Кроме того, для раннего восстановления перистальтики кишечника осуществляли интракишечные инфузии кислородсодержащего раствора через канал для питания того же двухканального зонда. Также осуществляли внутривенные введения лекарственных средств наиболее тяжелым больным. Эти особенности предоперационного и послеоперационного ведения больных при разработанном хирургическом лечении способствовали снижению числа послеоперационных осложнений и летальности и, естественно, сокращали сроки их лечения в стационаре.

**Заключение.** Таким образом, использование в предоперационном периоде более надежного эндоскопического гемостаза у больных с ведущим осложнением язвенным кровотечением и наружной декомпрессии желудка с энтеральным зондовым питанием через двухканальный питательно-декомпрессионный зонд у больных с ведущим осложнением пилородуоденальным стенозом, а также осуществление такой декомпрессии культи желудка и энтерального зондового питания в послеоперационном периоде с дополнительным

интракишечным введением кислородсодержащего раствора и внутривенными инфузиями лекарственных средств способствовали более благоприятным результатам хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с сочетанными осложнениями язвенной болезни.

### Список литературы

1. Абдуллаев Э.Г. Лечебно-диагностический подход при гастродуоденальных кровотечениях / Абдуллаев Э.Г., Бабышкин В.В. // XI съезд хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 643-644.
2. Багдасарова Е.А. Инфузионная терапия при острой кровопотере / Багдасарова Е.А., Ярочкин В.С., Чернооков А.И. и др. // Хир. – 2008. – № 8. – С. 68-72.
3. Буланов А.Ю. Протокол терапии острой кровопотери: основные положения / Буланов А.Ю., Городецкий В., Шулуто Е.М. // Вестн. интенсивной терапии. – 2004. – № 5. – С. 193-195.
4. Гельфанд Б.Р. Безопасность парентерального питания в хирургии и интенсивной терапии: вопросы и ответы / Гельфанд Б.Р., Ярошецкий А.И., Мамонтова О.А. и др. // Анналы хир. – 2012. – № 4. – С. 5-11.
5. Иванов Р.Б. Питательная поддержка при операциях на желудке // Матер. III съезда хирургов Юга России. – Астрахань, 2013. – С. 100-101.
6. Маринчук А.Т. Клинические особенности течения и лечения язвенной болезни у больных пожилого возраста / Маринчук А.Т., Бабиева А. // Главный врач. – 2014. – № 3-4 (40). – С. 39-42.
7. Мумладзе Р.Б. Энтеральное и парентеральное питание больных в раннем послеоперационном периоде / Мумладзе Р.Б., Васильев И.Т., Власенко А.В. и др. // Анналы хир. – 2008. – № 3. – С.69-75.
8. Рахимов А.А. Нутритивная поддержка больных / Рахимов А.А., Лобачева Г.В., Харькин А.В., Бокерия Л.А. // Анналы хир. – 2007. – № 2. – С. 33-36.

### Рецензенты:

Саркисян В.А., 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.