

С.В. ЖАРОВ¹, Д.В. НАРЕЗКИН², С.Н. РОМАНЕНКОВ¹

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСЛОЖНЕННЫМИ ГИГАНТСКИМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Нефтеюганская городская больница¹,

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития²,

Российская Федерация

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Проведен анализ результатов оперативного лечения 61 (22,3%) пациента из 274 с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Пациенты разделены на 2 группы. Основную группу составили 148 человек, из них 133 (89,9%) пожилого и 15 (10,1%) старческого возраста соответственно. В группу сравнения вошли 126 пациентов молодого и среднего возраста. Средний возраст в основной группе составил $66,1 \pm 5,6$ лет, в группе сравнения $46,4 \pm 9,4$ лет. С язвами желудка в основной группе было 75 (50,6%), в группе сравнения – 62 (49,2%) пациента. Язвы двенадцатиперстной кишки в основной группе выявлены у 73 (49,4%), а в группе сравнения у 64 (50,8%) пациентов.

Результаты. Основными показаниями к оперативному лечению в обеих группах было кровотечение и перфорация.

В основной группе оперативному лечению подверглись 25 из 148 (16,9%) пациентов: 18 (72%) при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и 7 (28%) при язвенной болезни желудка. В плановом порядке операции были произведены 7 (28%) пациентам, в экстренном и срочном 18 (72%). Выбор объема операции у пожилых пациентов зависел от тяжести состояния, обусловленной характером сопутствующей патологии, степенью выраженности полиорганной недостаточности и степенью кровопотери.

В группе сравнения оперированы 36 (28,6%) из 126 пациентов. Из 64 пациентов с язвами двенадцатиперстной кишки подверглись оперативному лечению 11 (17,7%). С язвами желудка были оперированы 25 (40,3%) из 62 пациентов. Большинство оперировано в экстренном порядке – 23 (63,9%), в срочном порядке – 7 (19,4%) человек, в плановом порядке выполнено 6 (16,7%) операций.

Послеоперационная летальность в основной группе составила 16%, умерло 4 пациента из 25. Послеоперационная летальность в группе сравнения составила 2,8%, умер 1 пациент.

Заключение. Минимальные по объему операции у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией при жизнеугрожающих осложнениях менее рискованны и должны быть методом выбора у данной категории пациентов.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хирургическое лечение, органосохраняющие операции, пожилой возраст

Objectives. To improve the treatment results of elderly and senile patients with giant ulcers of the stomach and duodenum.

Methods. Operative treatment analysis of 61 patients (22,3%) out of 274 patients with giant stomach and duodenum ulcers was performed. The patients were divided into 2 groups. The main group included 148 patients, 133 (89,9%) of them were of old age and 15 (10,1%) – of senile age correspondently. 126 patients of young and mean age were included in the comparison group. The average age in the main group made up $66,1 \pm 5,6$; in the comparison group – $46,4 \pm 9,4$. 75 (50,6%) patients in the main group had ulcers of the stomach; in the comparison group 62 (49,2%) patients had it. Duodenum ulcers in the main group were revealed in 73 patients (49,4%), and in the comparison group – in 64 patients (50,8%).

Results. The main indications for the operation in both groups were hemorrhage and perforation.

25 (16,9%) out of 148 patients underwent surgical treatment: 18 patients (72%) with duodenum ulcer and 7 patients (28%) with gastric ulcer. There were 7 planned operations (28%) and 18 emergent operations (72%). The choice of operation volume in elderly patients depended on condition severity grounded by the character of the accompanying pathology, the degree of poly-organ insufficiency expression and blood loss degree.

In the comparison group 36 patients (28,6%) out of 126 were operated on. 11 patients (17,7%) out of 64 with duodenum ulcers underwent surgical interventions. 25 patients (40,3%) out of 62 with gastric ulcers were operated on. The majority of patients were operated on emergently – 23 patients (63,9%) and urgently – 7 patients (19,4%); there were 6 (16,7%) planned operations.

Postoperative lethality in the main group made up 16%, 4 out of 25 patients died. Postoperative lethality in the comparison group made up 2,8%, 1 patient died.

Conclusions. Minimal according to their volume surgeries in elderly and senile patients with severe accompanying pathology in case of life-threatening complications are less risky and should be the method of choice in the given category of patients.

Keywords: ulcer, surgical treatment, organ-saving operations, elderly age

Введение

Несмотря на значительные достижения в фармакотерапии язвенной болезни, количество пациентов с осложненными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки не уменьшается. По имеющимся сообщениям, частота выявления гигантских язв варьирует от 7,7 до 19,1% [1-5]. Актуальность проблемы лечения данной категории пациентов определяется и высокой общей летальностью, достигающей 10-14 %, а послеоперационной 6-35% [7-12]. Кровотечение является одним из самых частых осложнений язвенной болезни и зачастую сочетается с другими осложнениями: пенетрацией, рубцовым стенозом и даже перфорацией. При остановившемся кровотечении у этих пациентов наиболее велика вероятность рецидива [7, 13].

Непосредственные результаты операций при осложнениях язв остаются неудовлетворительными, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста. Послеоперационная летальность, по данным литературы, варьирует от 3% до 19,1% [4, 6].

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы

Проведен анализ результатов оперативного лечения 61 (22,3%) пациента из 274 с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в отделении хирургии и гастроэнтерологии городской больницы г. Нефтеюганска в период 1999-2009 гг. Пациенты разделены на 2 группы. Основную группу составили 148 человек, из них 133 (89,9%) пожилого и 15 (10,1%) старческого возраста соответственно. В группу сравнения вошли 126 пациентов молодого и среднего возраста. Средний возраст в основной группе составил $66,1 \pm 5,6$ лет, в группе

сравнения $46,4 \pm 9,4$ лет. С язвами желудка в основной группе было 75 (50,6%) пациентов, в группе сравнения – 62 (49,2%). Язвы двенадцатиперстной кишки в основной группе выявлены у 73 (49,4%) пациентов, а в группе сравнения у 64 (50,8%).

Результаты и обсуждение

В группе сравнения оперированы 36 (28,6%) пациентов из 126. Из 64 пациентов с язвами двенадцатиперстной кишки подверглись оперативному лечению 11 (17,7%). С язвами желудка были оперированы 25 (40,3%) из 62 пациентов. Большинство оперировано в экстренном – 23 (63,9%) и срочном порядке – 7 (19,4%) человек, в плановом порядке выполнено 6 (16,7%) операций. Характер оперативных вмешательств представлен в таблице 1.

В экстренном порядке по поводу кровотечения (12) и перфорации (3) оперированы 15 пациентов с язвами желудка. В срочном порядке оперированы 5 человек с высоким риском рецидива кровотечения, в плановом порядке оперированы 5 пациентов: 2 со стенозом привратника, 3 с желудочно-кишечным кровотечением после эффективного эндоскопического гемостаза, стабилизации состояния и проведения дообследования.

Среди пациентов с язвами двенадцатиперстной кишки в экстренном порядке оперированы 8 человек. У 6 из них показанием послужило активное кровотечение, либо рецидив кровотечения в стационаре на фоне проводимой консервативной терапии. У 2 – перфорация язвы. В срочном порядке оперированы 2 пациента по поводу состоявшегося кровотечения тяжелой степени, с высоким риском рецидива кровотечения, причем кровотечение сочеталось с пенетрацией.

В плановом порядке оперирована 1 пациентка, показанием к операции был стеноз выходного отдела желудка.

Послеоперационная летальность в группе

Таблица 1

Вид операций у пациентов с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки в группе сравнения

Тип операции	Язвы желудка	Летальность	Язвы ДПК	Летальность
Резекция желудка Б-I	4		2	
Резекция желудка Б-II	9		5	
Резекция желудка по Ру	2		1	
Гастротомия, прошивание язвы	6			
Иссечение язвы, ТВ	2		3	1
Ушивание дренирующая операция	2			
Всего:	25		11	1

Примечания: Б-I- Бильрот I; Б-II- Бильрот II; ТВ-стволовая ваготомия.

сравнения составила 2,8%, умер 1 пациент. У него имелось сочетание осложнений: перфорация + декомпенсированный стеноз + пенетрация, гигантская язва, размером более 2 см, что представляло определенные технические трудности во время выполнения операции. Вариант оперативного пособия в виде ушивания язвы и наложения гастроэнтероанастомоза был выбран ввиду крайней тяжести состояния пациента. Причина смерти – прогрессирующая полиорганная недостаточность.

В основной группе оперативному лечению подверглись 25 из 148 пациентов (16,9%): 18 (72%) при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и 7 (28%) при язвенной болезни желудка (таблица 2). В плановом порядке операции были произведены 7 (28%) пациентам, в экстренном и срочном 18 (72%). Выбор объема операции у пожилых пациентов зависел от тяжести состояния, обусловленной характером сопутствующей патологии, степенью выраженности полиорганной недостаточности и степенью кровопотери.

Как видно из таблицы 2, при локализации язв в желудке чаще применяли резекционные методы. Субтотальная резекция желудка по Б-2 выполнена у 5 пациентов. Иссечение кровоточащих язв было выполнено у 1 пациента в крайне тяжелом состоянии с выраженной анемией, тяжелой сопутствующей патологией и полиорганной недостаточностью. Прошивание язв и ушивание перфорации было выполнено у 1 пациента с микроперфорацией язвы желудка и рецидивным кровотечением из острых язв желудка.

С язвами двенадцатиперстной кишки оперировано 18 человек. Резекция 2/3 желудка была произведена 10 пациентам: у 3 из них был выявлен стеноз различной степени выраженности сочетавшийся с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы, 7 оперированы по поводу желудочно-кишечного кровотечения.

Ушивание перфоративных язв выполнено 6 пациентам. У 2 выполнена гастродуоденотомия, иссечение кровоточащей язвы двенадца-

типерстной кишки с пилоропластикой по Микличу дополненные селективной ваготомией.

Для перфоративных язв двенадцатиперстной кишки больших размеров, предложен оригинальный способ ушивания.

Предлагаемый способ осуществляется следующим образом. При плотных краях перфорационного отверстия и больших его размерах (более 2 см в диаметре) накладывают 2-3 шва (викрил 4/0) в поперечном направлении по отношению к продольной линии двенадцатиперстной кишки на расстоянии 1 см от отверстия и 0,5-0,8 см друг от друга: вкол с захватом серозной, мышечной оболочки, подслизистого слоя и края слизистой оболочки. Далее производят вкол в край слизистой, подслизистой, мышечной и серозной оболочек двенадцатиперстной кишки. При этом 1-й и 3-й швы накладывают под углом 45° по отношению к продольной линии двенадцатиперстной кишки, заходя за боковой край отверстия на 1 см. Через перфорационное отверстие нити вытягиваются наружу с образованием петель. Пряжа большого сальника на ножке укладывается на перфорационное отверстие под вытянутые наружу нити. При завязывании концов нитей сальник плотно тампонирует отверстие, что не требует дополнительного наложения швов для создания герметичности.

Послеоперационная летальность составила 16% умерло 4 из 25 пациентов. Общая летальность составила 2,7%, умерли 4 из 148 пациентов старшей возрастной группы. У всех умерших пациентов была тяжелая сопутствующая патология; в 96% имелось сочетание 3 и более заболеваний, два из которых в стадии декомпенсации с явлениями полиорганной недостаточности.

Таким образом, исходя из вышеизложенного, следует констатировать, что гигантские язвы желудка и двенадцатиперстной кишки встречаются достаточно часто в общей популяции пациентов с данной патологией. Основными показаниями к оперативному лечению являлись жизнеугрожающие осложнения в виде перфорации и кровотечения. В плановом

Таблица 2

Вид операций у пациентов с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки в основной группе

Тип операции	Язвы желудка	Летальность	Язвы ДПК	Летальность
Резекция желудка Б-II	5	1	8	3
Резекция желудка по Ру			2	
Иссечение язвы, ТВ	1		2	
Ушивание дренирующая операция	1		6	
Всего	7	1	18	3

Примечания: Б-I- Бильрот I; Б-II- Бильрот II; ТВ-стволовая ваготомия.

порядке оперативному лечению подвергались пациенты со стенозом, либо перенесшие эпизод кровотечения, которым был выполнен эндоскопический гемостаз.

В группе пациентов молодого и среднего возраста преимущественно выполнялись резекции желудка в различных модификациях с благоприятным исходом.

У пациентов старшей возрастной группы резекционный способ был выбран в 15 (60 %) клинических наблюдениях из 25, однако у 4 (16%) оперированных имел место неблагоприятный результат. По всей видимости, у этих пациентов был изначально превышен объем допустимого оперативного пособия, не в полной мере оценены риск вмешательства и степень тяжести сопутствующей патологии. Минимальные по объему операции у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией при жизнеугрожающих осложнениях менее рискованны и должны быть методом выбора у данной категории пациентов.

Выводы

1. Анализ результатов оперативного лечения показал, что исход заболевания зависит в первую очередь, от правильно выбранной хирургической тактики, оценки степени выраженности сопутствующей патологии с явлениями полиорганной недостаточности.

2. Оптимальным методом оперативного лечения у пациентов пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки являются минимальные по объему органосохраняющие операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахидов, В. В. Гигантские язвы желудка / В. В. Вахидов, Ю. И. Калиш, А. Г. Березовский // Хирургия. – 1990. – № 4. – С. 17-19.
2. Жанталинова, Н. А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки / Н. А. Жанталинова // Хирургия. – 2005. – № 12. – С. 30-32.
3. Панцырев, Ю. М. Хирургическое лечение про-

бодных и кровоточащих гастродуоденальных язв / Ю. М. Панцырев, А. К. Михалев, Е. Д. Федоров // Хирургия. – 2003. – № 3. – С. 43-49.

4. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Ю. М. Панцырев [и др.] // Хирургия. – 2000. – № 3. – С. 21-25.

5. Дифференцированное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений / Ю. Л. Шевченко [и др.] // Хирургия. – 2006. – № 11. – С. 18-23.

6. Асадов, С. А. Хирургическое лечение «трудных» и осложненных гастродуоденальных язв / С. А. Асадов // Хирургия. – 2002. – № 11. – С. 64-69.

7. Башняк, В. В. Нарушение кровоснабжения культуры двенадцатиперстной кишки и его профилактика / В. В. Башняк // Вестн. хирургии. – 1984. – Т. 134, № 6. – С. 33-36.

8. Хирургическое лечение больных с гигантскими язвами желудка / В. В. Грубник [и др.] // Клиническая хирургия. – 1992. – № 8. – С. 6-8.

9. Кузин, М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М. И. Кузин // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27-32.

10. Никитин, Н. А. «Трудная» дуоденальная культя в ургентной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Н. А. Никитин // Хирургия. – 2001. – № 5. – С. 36-39.

11. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения / Ю. М. Стойко [и др.] // Хирургия. – 2001. – № 8. – С. 32-35.

12. Харабержуш, В. А. Хирургическое лечение больных с гигантской кровоточащей язвой желудка и двенадцатиперстной кишки / В. А. Харабержуш, П. Г. Кондратенко // Клиническая хирургия. – 1991. – № 8. – С. 3-7.

13. Асадов, С. А. Формирование дуоденальной культуры при резекции желудка по поводу «трудных» язв двенадцатиперстной кишки / С. А. Асадов, Я. С. Салехов, Э. Э. Алиев // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 78-81.

Адрес для корреспонденции

214019, Российская Федерация
г. Смоленск, ул. Фрунзе, д. 40,
Смоленская государственная
медицинская академия,
кафедра факультетской хирургии,
тел. моб.: +7 910 714-22-63,
e-mail: dm.narezkin@gmail.com,
Нарезкин Дмитрий Васильевич

Сведения об авторах

Жаров С.В., врач-хирург хирургического отделения, Нефтеюганская городская больница,
Нарезкин Д.В., д.м.н. доцент, заведующий кафедрой факультетской хирургии, ГБОУ ВПО «Смоленская

государственная медицинская академия» Минздрава России.

Романенков С.Н., врач-хирург хирургического отделения, Нефтеюганская городская больница.

Поступила 16.01.2012 г.