УДК 616.33-002.44-089.811/.814

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ГИГАНТСКИХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С. В. Жаров¹,
Д. В. Нарезкин^{2*}, доктор медицинских наук,
С. Н. Романенков¹,
Е. В. Логинов

¹ МБУЗ «Нефтеюганская городская больница», 628307, Россия, Ханты-Мансийский АО, г. Нефтеюганск, мкр. 7-й, д. 13

² ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 214019, Россия, г. Смоленск, ул. Крупской, д. 28

РЕЗЮМЕ Проведен анализ результатов лечения 148 больных старшей возрастной группы с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Кровотечение имело место у 69 (87,3%) пациентов с осложненным течением болезни. Особенности язвообразования у лиц старшей возрастной группы явились нарушения моторно-эвакуаторной функции, выявленные у 76 (65,5%) пациентов, а также снижение обсеменности *Helicobacter pylori*. Используемый метод аргоноплазменной коагуляции, позволяющий создать оптимальные условия для заживления язвы под «струпом», показал свою эффективность.

Ключевые слова: аргоноплазменная коагуляция, язвенная болезнь, хирургическое лечение, пожилой возраст.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: dm.narezkin@gmail.com

На протяжении многих лет изучение язвенной болезни остается актуальной проблемой современной медицины. По данным многих авторов [3, 4, 6, 10], около 15–18% населения России страдают язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки. Летальность при развитии осложнений этого заболевания остается стабильно высокой и колеблется на уровне 10–14% [9, 12].

В последние годы как в отечественных, так и в зарубежных исследованиях отмечено увеличение числа лиц старше 60 лет с язвенной болезнью [1]. Рост числа больных пожилого возраста с язвенной болезнью и её осложнениями, увеличение в структуре заболевания язв больших и гигантских

размеров, длительные сроки рубцевания представляют серьезную проблему при выборе как хирургического, так и консервативного метода лечения [1, 2, 5, 7, 11].

Цель исследования – оптимизация лечения больных старшей возрастной группы с осложненными гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки на основе уточнения современных особенностей патогенеза, течения язвенной болезни и индивидуализации лечебной тактики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 148 больных пожилого и старческого возраста: 75 человек

Zharov S. V., Narezkin D. V., Romanenkov S. N., Loginov E. V.

SURGICAL TACTICS IN COMPLICATED GIGANTIC ULCERS OF STOMACH AND DUODENUM IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

ABSTRACT The authors analyzed the results of peptic ulcer treatment in 148 patients of old age group with gigantic ulcers of stomach and duodenum. Bleeding was observed in 69 patients (87,3%) among the total group of patients with complicated course of the disease. Disturbances of the motor-evacuator function which were revealed in 76 (65,5%) patients and decrease of *Helicobacter pylori* dissemination character were the peculiarities the ulcer formation. Argon plasma coagulation technique used in the treatment for stomach and duodenum bleeding ulcers demonstrated its efficacy. The effective technique of the treatment for complicated gigantic ulcers of stomach and duodenum by argon plasma coagulation was developed and introduced in practice. It allowed to create the optimal conditions for ulcer healing under «crust».

Key words: peptic ulcer, surgical treatment, old age.

с гигантскими язвами желудка и 73 – с гигантскими язвами двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в отделении хирургии и гастроэнтерологии МБУЗ «Нефтеюганская городская больница» в 1999–2009 гг. Средний возраст больных составил $66,1 \pm 5,6$ года.

Не имели язвенного анамнеза 95 (64,8%) больных. Короткий язвенный анамнез (1–5 лет) был у 23 (15,5%) пациентов, длительность заболевания от 6 до 10 лет – у 8 (5,4%). Так называемые «застарелые» язвы (длительно текущая язвенная болезнь, начавшаяся в молодом или среднем возрасте) (более 10 лет) наблюдалась у 22 (14,9%) пациентов. У 9 больных длительность язвенного анамнеза составила свыше 30 лет.

По классификации А. Johnson (1969), язвы желудка I типа с локализацией в теле или субкардиальном отделе желудка выявлены у 40 человек (53,4%), сочетанная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (II тип) – у 13 (17,3%), язвы пилорического канала (III тип) – у 22 (29,3%).

У 79 (53,4%) обследованных течение болезни носило осложненный характер. Кровотечение наблюдалось у 69 (87,3%) пациентов, перфорация – у 7 (8,9%), стеноз – у 3 (3,8%).

Все пожилые больные имели выраженную сопутствующую патологию, в 66,2% случаев она носила сочетанный характер и была представлена двумя и более заболеваниями. Наиболее часто встречались ишемическая болезнь сердца с недостаточностью кровообращения различной степени выраженности – у 43 (29,1%) пациентов, артериальная гипертензия – у 72 (48,6%); хронические неспецифические заболевания легких – у 23 (15,5%); цереброваскулярные болезни – у 33 (22,3%).

Консервативная терапия проведена у 123 (83,1%) больных, в том числе у 63 пациентов с желудочно-кишечным кровотечением (91,3%). Выбор лекарственных препаратов зависел от причин образования язв и характера сопутствующей патологии в каждом конкретном случае.

Оперативному лечению подверглись 25 (16,9%) пациентов: 18 – с язвами двенадцатиперстной кишки и 7 – с язвами желудка. В плановом порядке операции были произведены у 7 (28%) больных, в экстренном и срочном – у 18 (72%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У 49 (47,6%) больных язвы возникали на фоне пониженной секреции и не являлись кислотно-пептическими. Декомпенсация ощелачивающей функции выявлена у 18 (41,9%) пациентов, суб-

компенсация – у 10 (23,2%), компенсация – у 15 (34,9%).

Данные рН-метрии свидетельствовали о гиперацидности у 20 (33,3%) больных с язвами двенадцатиперстной кишки, у 17 (28,3%) пациентов было нормоацидное состояние, в 23 (38,4%) клинических наблюдениях отмечена гипосекреция. Декомпенсация ощелачивающей функции антрального отдела имела место у 21 (35%) больного, субкомпенсация – у 25 (41,7%), компенсация – у 14 (23,3%).

Нарушения моторно-эвакуаторной функции выявлены у 76 (65,5%) пациентов. У больных пожилого возраста с язвами двенадцатиперстной кишки часто встречался гастрит средней и слабой степени активности – у 23 (42,6%) и 19 (35,2%) соответственно. Низкая степень воспаления отмечена в 26 (48,1%) клинических наблюдениях, а атрофия слизистой высокой степени – в 25 (46,3%). Язвы желудка на фоне высокой степени активности гастрита имели место у 29 (42%) больных. Атрофия слизистой оболочки желудка высокой и средней степени выявлена в 32 (46,4%) и 27 (39,1%) случаев соответственно.

Helicobacter pylori у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки был обнаружен в 35 (71,4%) клинических наблюдениях. Отмечено снижение с возрастом обсемененности *Helicobacter pylori*. Возможно, это связано с тем, что в пожилом возрасте чаще встречаются атрофические формы гастрита.

При желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК) в пожилом и старческом возрасте использовали следующую тактику. При поступлении пациентов с клиническими проявлениями ЖКК проводили экстренную гастродуоденоскопию для выявления источника кровотечения, а при продолжающемся кровотечении осуществляли эндоскопический гемостаз с применением аргоноплазменной коагуляции (АПК). При отсутствии активного кровотечения выполняли эндоскопическую профилактику рецидива ЖКК с применением АПК. В последующем оценивали риск рецидива кровотечения с учетом клинических критериев, степени тяжести кровопотери, эндоскопических критериев по классификации А. Forrest.

При невысоком риске рецидива кровотечения проводили стандартную противоязвенную терапию. Контрольные ЭГДС выполняли на 1, 3 и 7-е сутки, далее – как и при неосложненной язве.

При высоком риске рецидива кровотечения применяли дифференцированную тактику, выделяя абсолютные и относительные критерии высокого риска ЖКК.

К **абсолютным критериям** относили: а) язвы гигантских размеров – 2–3 см и более, особенно при локализации их в субкардиальном отделе желудка; б) анемию тяжелой степени (уровень гемоглобина менее 50 г/л) при острой кровопотере в первые трое суток от начала кровотечения; в) неблагоприятный прогноз заболевания (при длительном язвенном анамнезе, непрерывно-рецидивирующем течении болезни, осложнениями в анамнезе).

При наличии более двух абсолютных критериев угрозы рецидива кровотечения показано оперативное лечение в срочном порядке после кратковременной предоперационной подготовки (гемоплазмотрансфузии и стабилизации состояния больного).

К **относительным критериям** относили критерии высокого риска рецидива кровотечения по эндоскопической классификации A. Forrest: 1 а, б (эндоскопически остановленное кровотечение), 2 а, б. При наличии только относительных критериев проводилось лечение по следующей схеме: инъекционные формы H_2 -блокаторов или блокаторов протонного насоса внутривенно каждые 6 часов в течение 3–5 дней. Выполнялся эндоскопический контроль гемостаза на 1, 3, 5 и 7-е сутки, при котором оценивались состояние гемостаза, риск повтора кровотечения и проводилась профилактика его рецидива. Наиболее критическими для возникновения рецидива кровотечения из язвы являлись 1–2-е и 4–6-е сутки лечения, так как именно в эти сроки происходит лизис тромба в язве.

Метод аргоноплазменной коагуляции (АПК) был применен у 69 больных, показанием к чему являлось кровотечение из гастродуоденальных язв.

В большинстве случаев оказалось достаточно однократного применения АПК – 49 пациентам (71,0%). Повторно АПК выполнена в 8 (11,6%) наблюдениях. Она проводилась при эндоскопической картине нестабильного гемостаза в ходе динамического эндоскопического контроля. Три и более раз АПК потребовалось выполнить 6 пациентам (8,7%). Достичь гемостаза не удалось у 6 (8,7%) больных, они оперированы в экстренном и срочном порядке.

У большинства больных с жизнеугрожающим осложнением виде кровотечения использование АПК позволило избежать рецидива кровотечения и, как следствие, проведения оперативного вмешательства в крайне невыгодных условиях.

Кроме того, АПК применена в комплексе лечебных мероприятий не как метод остановки кровотечения, а как способ лечения [8].

По данной методике пролечено 13 пациентов с гигантскими и труднорубцующимися язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Осложнений при проведении обработки язвенной поверхности аргоновой плазмой не наблюдалось. Сроки стационарного лечения при использовании данной методики составили в среднем $18,5 \pm 8,2$ сут, тогда как продолжительность консервативного лечения без применения данного способа – $21,7 \pm 10,6$ сут ($p < 0,05$).

На пике кровотечения и при его рецидиве в стационаре оперировано 6 больных, которым выполнены минимальные по объему оперативные пособия – прошивание или иссечение кровоточащей язвы; погибла одна больная.

Ушивание язвы проведено у 7 человек. Показанием к выбору этой операции служило тяжелое исходное состояние больных. Летальных исходов у пациентов с ушитыми перфоративными язвами не было. Органосохраняющие операции выполнены 3 больным, без неблагоприятных результатов.

Резекция желудка различными способами осуществлена у 15 больных: у 5 – с язвами желудка и у 10 – с язвами двенадцатиперстной кишки. Послеоперационная летальность составила 16% (умерли 4 из 25 пациентов). Общая летальность составила 2,7% (4 из 148 больных).

ВЫВОДЫ

1. У больных пожилого и старческого возраста имеется тяжелая сопутствующая патология, влияющая на течение язвенной болезни, усугубляющая их состояние и нередко определяющая прогноз и летальность, в 66,2% наблюдений она носила сочетанный характер и представлена была двумя и более заболеваниями.
2. Эндоскопический гемостаз с применением аргоноплазменной коагуляции у пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями в сочетании с патогенетически обоснованной комплексной терапией повышает эффективность лечения. Из 69 больных с желудочно-кишечным кровотечением различной степени тяжести успешное консервативное лечение было проведено 63 (91,3%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л. И. Качество заживления гастродуоденальных язв: функциональная морфология, роль методов патогенетической терапии // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2006. – № 5. – С. 1–5.
2. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Антисекреторная терапия как составная часть гемостаза при острых гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. – 2005. – № 8. – С. 52–57.
3. Затевахин И. И., Щеголев А. А. Современные подходы к лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений. – М.: Медицинская помощь, 1995. – С. 30–32.
4. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–32.
5. Особенности хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста / А. П. Михайлов [и др.] // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 2005. – № 6. – С. 74–77.
6. Панцырев Ю. М., Михалев А. К., Федоров Е. Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2003. – № 3. – С. 43–49.
7. Хирургическая тактика и результаты лечения гигантских гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением / В. Н. Репин [и др.] // Вестн. Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Вып. 2. – С. 94–99.
8. Эндоскопический способ лечения гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки : пат. 2406432 Рос. Федерация : МПК⁷ А61В 1/00 А61В 10/04 / Нарезкин Д. В., Романенков С. Н., Жаров С. В., Логинов Е. В.; заявитель и патентообладатель Смоленск. гос. мед. акад. – № 2009133522/14; заявл. 07.09.2009; опубл. 20.12.2010, Бюл. № 35. – 7 с.
9. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения / Ю. М. Стойко [и др.] // Хирургия. – 2002. – № 8. – С. 32–35.
10. Endoscopic induction of mucosal fibrosis by argon plasma coagulation (APC) for esophageal varices: a prospective randomized trial of ligation plus APC vs ligation alone / S. Nakamura [et al.] // Endoscopy. – 2001. – Vol. 33. – P. 210–215.
11. Diffuse antral vascular ectasia: EUS after argon plasma coagulation / R. Shudo [et al.] // Gastrointest Endosc. – 2001. – Vol. 54. – P. 623.
12. Grund K. E., Straub T., Farin G. New hemostatic techniques: argon plasma coagulation // Baillieres Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 1999. – Vol. 13. – P. 67–84.