

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

*Кафедра общей хирургии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования,
Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. E-mail: AbdSurg@maps.spb.ru*

Представлен опыт лечения 139 больных пожилого и старческого возраста с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. В 39% случаев наблюдались тяжелые осложнения. Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале острых физиологических состояний SAPS. В 63,7% случаев источником кровотечения были острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

В целом эффективность эндоскопического гемостаза составила: при острых язвах – 93%, при хронических – 62%. Неотложные операции по жизненным показаниям выполнены 26 больным (18,7%), из них умерли 5.

Ключевые слова: язва, кровотечение, лечение у старых.

N. I. GLUSHKOV, B. A. HUSENOV, I. A. YAKOVLEVA

TREATMENT OF THE SHARP ULCER BLEEDING AT PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE IN CONDITIONS WEEDMORBIDNOST

*Faculty of the general surgery of the St.-Petersburg medical academy after-degree formation,
Russia, 191015, St.-Petersburg, street Kirochnaja, 41. E-mail: AbdSurg@maps.spb.ru*

Experience of treatment of 139 patients of elderly and senile age with ulcer gastro duodenal bleedings is presented. In 39% of cases heavy complications were observed. Weight of a condition of patients was estimated on a scale of sharp physiological conditions SAPS. In 63,7% of cases a source of bleedings were sharp stomach ulcers and duodenal guts.

As a whole, efficiency endoscopic a hemostasis has made: at sharp ulcers of 93%, at chronic – 62%. Urgent operations under vital readings are executed 26 sick (18,7%), from them have died 5.

Key words: ulcer, hemoragia, treatment senile age.

Введение

Особенностью патогенеза язвенных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями является «синдром взаимного отягощения», описанный А. И. Горбашко (1974). Тяжелое заболевание, сопровождающееся сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, вызывает гипоксию слизистой оболочки желудка и снижение ее резистентности. Это способствует обострению хронической язвы с последующим разрушением сосуда и возникновением кровотечений. В свою очередь, массивные геморагии вызывают гипоксию патологически измененных внутренних органов, и, следовательно, возникает порочный круг [1].

Летальность при желудочно-кишечных кровотечениях у больных старческого возраста с сопутствующими заболеваниями достигает 30 и более процентов. Следует отметить, что оперативные вмешательства в группе больных старческого возраста сопровождаются максимальным уровнем летальности и достигают 50% [2].

В связи с этим у хирургов возникает ряд тактических вопросов, на которые четких ответов нет, и главный из них: где же находится предел возможностей эндоскопического гемостаза и наступает время активных действий хирурга? Очевидно то, что дальнейший рост оперативной активности у пациентов старческого возраста с желудочно-кишечными кровотечениями не позволит улучшить результаты лечения.

Материалы и методы

Мы располагаем опытом лечения 139 больных пожилого и старческого возраста с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Мужчин было 65, женщин 74. Возраст больных 75–92 года, средний – 79 лет. С диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение» поступили в приемное отделение госпиталя для ветеранов войн 27 (19,5%) больных, и 112 (80,5%) были переведены из терапевтических и неврологических отделений, что указывает на наличие у них целого ряда тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, главным образом сердечно-сосудистой системы. У всех больных имелось сочетание нескольких (от 2 до 5) заболеваний. Следует отметить, что в 39% случаев наблюдались тяжелые осложнения атеросклероза: инфаркт миокарда, стенокардия, постоянная форма мерцательной аритмии, острые нарушения мозгового кровообращения (табл. 1).

Для определения тяжести состояния больных использовали шкалу острых физиологических состояний SAPS (3) (табл. 2).

При распределении пациентов по шкале SAPS определялась четкая зависимость исхода заболевания от тяжести физиологического состояния. Чем выше балл, тем выше летальность, достигающая при 21 балле и выше 100%. Всем больным в течение первого часа в условиях реанимации проводили эндоскопическое исследование. В 63,7% случаев источником кровотечения были острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, и лишь в 36,2% – хронические. При распреде-

**Сопутствующая патология у пациентов
с желудочно-кишечными кровотечениями**

Острый инфаркт миокарда	18 (12,9)
Постинфарктный кардиосклероз	37 (26,6)
Стенокардия	90 (92,8)
Мерцательная аритмия, в т.ч. постоянная форма	25 (17,9)
Гипертоническая болезнь II–III ст.	103 (74)
Недостаточность кровообращения IIа – III ст.	45 (32,3)
ОНМК различной локализации	12 (8,6)
Состояние после ОНМК	20 (14,3)
Заболевания органов дыхания (ХОБЛ)	50 (35,9)
Сахарный диабет II типа	17 (12,2)
ЦВБ. ДЭ	83 (59,7)

Таблица 2

**Летальность при желудочно-кишечных кровотечениях
в зависимости от тяжести состояния по SAPS**

Баллы по SAPS	Число больных	Летальность (%)
5–8	59	-
9–12	47	10 (21,2)
13–16	16	6 (3,7)
17–20	10	9 (90)
>21	7	7 (100)
Всего	139	32 (23)

лении больных по эндоскопической классификации Forrest продолжающееся кровотечение (F-I) выявлено у 30 больных.

В большинстве случаев (46,6%) при эндоскопии обнаруживался субстрат кровотечения с признаками неустойчивого гемостаза (F-II) с локализацией язв в желудке. У 47 пациентов кровотечение было анамnestическим (F-III) (табл. 3).

Результаты

Эндоскопический гемостаз был выполнен 91 (65,5%) больному из 139, при этом у 57 больных при острых язвах и у 34 – при хронических. Наиболее часто применялись сочетанные методы эндоскопического гемостаза,

инъектирование, аппликации, аргонплазменная коагуляция (АПК) и реже диатермокоагуляция. Наиболее эффективным методом эндоскопического гемостаза оказалась АПК. Из 11 больных после АПК рецидив кровотечения возник лишь в 1 случае (табл. 4).

В целом эффективность эндоскопического гемостаза при острых язвах составила 93% и при хронических – 62%. Рецидив кровотечения возник у 25 (27,4%) больных, повторный эндоскопический гемостаз был эффективным у 8 пациентов, 17 были оперированы, из них 4 больных с острыми и 13 – с хроническими язвами. Всем пациентам после эндоскопического гемостаза проводились антисекреторная терапия (лосек), восполнение ОЦК, корригирующая терапия сопутствующих заболеваний.

Таблица 3

Распределение больных по эндоскопической классификации Forrest

Градации по Forrest	Число больных	Летальность	От кровопотери
F-Ia	4	1 (25)	1
F-Ib	25	8 (32)	3
F-Ic	1	-	-
F-IIa	39	17 (43,5)	4
F-IIb	21	10 (47,6)	-
F-IIc	2	-	-
F-III	47	12 (25,5)	-
Всего	139	48 (34,5)	8 (5,7)

Методы эндоскопического гемостаза

АПК	11
Диатермокоагуляция	5
Инъектирование	19
Сочетание методов	40
Аппликации	16
Всего	91

Таблица 5

Летальность при различных методах оперативного лечения

Объем операций	Число больных	Летальность
Прошивание язвы	14	3
Прошивание+пилоропластика	8	2
Резекция 3/4 желудка	2	-
Субтотальная резекция	1	-
Экстирпация желудка	1	-
Всего	26	5

Неотложные операции по жизненным показаниям в связи с продолжающимся кровотечением и рецидивом выполнены 26 больным, из них 17 больным после безуспешного эндоскопического гемостаза и 9 с профузным кровотечением, в виде прошивания язвы, прошивания с пилоропластикой, резекции 3/4 желудка, субтотальной резекции желудка, экстирпации желудка. В послеоперационном периоде умерли 5 больных. От кровопотери умерли 3 больных (табл. 5).

После эндоскопического гемостаза умерли 27 больных, из них 5 от кровопотери, остальные – от других декомпенсированных сопутствующих заболеваний.

Заключение

Применение современных методов эндоскопического гемостаза и антисекреторных препаратов наряду с восполнением ОЦК и коррекцией сопутствующих заболеваний у пациентов пожилого и старческого воз-

раста позволяет получить положительный эффект при острых в 93% и при хронических язвах в 62% случаев, уменьшить число вынужденных операций с высокой летальностью, показанием к которым являются лишь продолжающееся кровотечение после эндоскопических процедур и профузные желудочно-кишечные кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбашко А. И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. – Л.: Медицина, 1974. – 180 с.
2. Гостищев В. К., Есеев М. А. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 46–52.
3. Le Gall J. R. et al. A new simplified acute physiological Score (SAPS) based on a European. North. American multicenter study // JAMA. – 1993. – V. 270. – P. 2957–2963.

Поступила 26.09.2010

Н. И. ГЛУШКОВ¹, В. М. ЧЕРМИСИН¹, К. В. ПАВЕЛЕЦ¹, А. К. ЖАНЕ²,
Х. М. МУСУКАЕВ¹, Д. А. ЧЕРНЫХ¹

ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

¹Кафедра общей хирургии Санкт-Петербургской медицинской академии
последипломного образования,

Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. E-mail: AbdSurg@maps.spb.ru;

²Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена – Клиника XXI века,
Россия, 385123, Республика Адыгея, Тахтамукайский р-н, а. Афиписин, ул. К. Х. Жанэ, 5,
тел.: +7 (861) 272-59-11, +7 (87771) 46-2-92