

На правах рукописи

ЖАРОВ Сергей Владимирович

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

14.01.17 - хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Смоленск – 2013

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ

Научный руководитель –
доктор медицинских наук доцент **Нарезкин Дмитрий Васильевич**

Официальные оппоненты:

Богданов Андрей Евгеньевич - доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», профессор кафедры госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета;

Касумьян Сергей Аванесович - доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», заведующий кафедрой госпитальной хирургии.

Ведущая организация -
ФГБУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» РАМН.

Защита состоится « 15 » мая 2013 г. в 11⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д 208.097.01 при ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ по адресу: 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Смоленской государственной медицинской академии.

Автореферат разослан « 03 » апреля 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

Л.В. Тихонова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

На протяжении многих лет изучение язвенной болезни остается актуальной проблемой современной медицины. По данным многих авторов (Затевахин И. И., Щеголев А. А. 1995, Саблин О. А., Гриневич В. Б., Успенский Ю.Л., Ратников В.А. 2002), в среднем 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% [Таранов И. И., Чернов В. Н. 1995, Репин В. Н., Костылев Л. М., Гудков О. С., Тенсин Д. И. 2009, Christensen S., Riis A., Norgaard M., Sorensen H.T., Thomsen R.W. 2007].

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц старше 60 лет встречается, по данным разных авторов, в 13,5-39,9% наблюдений, что составляет более 35% от всех заболеваний желудочно-кишечного тракта. Смертность у пожилых больных от язвенных осложнений колеблется от 14 до 59%, превышая в 1,5-3 раза эти показатели у молодых пациентов [Зубрицкий В. Ф., Ханевич М. Д., Лебедев Н. Н. 1995, Жерлов Г. К., Фурсова О. Н., Гибадулина К. О. и др. 2000, Кузин М. И. 2001, Van Leerdam M. E. 2008].

В последние годы, как в отечественных, так и в зарубежных исследованиях отмечено увеличение числа больных старше 60 лет в структуре язвенной болезни [Айсханов С. К., Вартанов С. А., Рамазанов М. М. 1994, Лазебник Л. Б., Дроздов В. Н. 2003, Seinela L. 2000]. Особенностью этой группы больных является сочетание язвенной болезни с множественной сопутствующей патологией, которая влияет на течение основного заболевания и выбор лечебной тактики [Смирнова Г. О. 2001, Нарезкин Д. В. 2003, Atkinson R.J. 2008]. Одним из важнейших условий достижения благоприятных результатов в лечении пациентов данной возрастной группы является определение степени риска оперативного вмешательства. Больным пожилого возраста, у которых имеются показания к операции, часто необоснованно отказывают в плановом оперативном лечении, ссылаясь на «преклонный возраст» и сопутствующую патологию [Смирнова Г. О. 2001, Станулис А. И., Кузеев Р. Е., Гольдберг А. П. 2005, Zonca P, Lerch M, Pis K, Matusek A, et al. 2007].

В литературе имеется крайне ограниченное число публикаций, рассматривающих влияние отдельных факторов на снижение риска операционных вмешательств у больных старшей возрастной группы [Нарезкин Д. В. 2003, Глинина Н. Н., Шкатова Е. Ю. 2007]. К сожалению, тактический подход к лечению больных пожилого и старческого возраста с осложнениями язвенной болезни существенно отличается в разных клиниках. В то же время доказано, что как «минимализация», так и увеличение объема операций в этой возрастной группе нередко приводят к увеличению летальности [Таранов И. И., Чернов В. Н. 1995, Панцырев Ю. М., Михалев А. К., Федоров Е. Д. 2003.].

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 для выбора метода лечения как хирургического, так и консервативного [Кузин М. И. 2001, Смирнова Г. О. 2001, Гостищев В. К., Евсеев М. А. 2005, Аруин Л. И. 2006, Peter S., Wilcox C. 2008].

Успехи фармакотерапии последнего десятилетия способствовали широкому распространению мнения о безграничных возможностях консервативных способов лечения язвенной болезни, в том числе у пожилых пациентов. Однако в настоящее время наблюдается отчетливая тенденция увеличения больных с жизнеугрожающими осложнениями язвенной болезни, которые требуют хирургического лечения [Долбикова Л. В., Бобкова О. П. 2000; Звенигородская Л. А. 2002., Peter S, Wilcox C. 2008]. Несмотря на последние разработки в области медицинских технологий и постоянное совершенствование методов функциональной диагностики, алгоритм обследования пациентов с язвенной болезнью чаще всего включает лишь такие традиционные методы, как рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки с барием и эзофагогастродуоденоскопию. Это позволяет обнаружить язву, но не дает возможности определить причину язвообразования и индивидуализировать метод лечения в каждом конкретном случае. В результате такого подхода больные лечатся по стандартной схеме [Королев М. П., Федотов Л. Е., Иванова Н. В. 1999, Жерлов Г. К. 2001, Tsai J. J., Hsu Y. C., Perng C. L, Lin H. J. 2009], принятой в той или иной клинике, а показанием для оперативного лечения являются лишь угрожающие жизни осложнения. Это приводит к росту экстренных операций и уменьшению количества больных, оперируемых в плановом порядке. С этих позиций, все большую актуальность приобретает патогенетически обоснованный и индивидуализированный подход, связанный с прогнозированием течения язвенной болезни, отбором больных с неблагоприятным течением заболевания и высоким риском развития осложнений для планового оперативного лечения. Указанное возможно лишь при полном клиническом и функциональном обследовании больного с применением современных методов функциональной диагностики.

Цель исследования

Целью работы явилась оптимизация лечения больных старшей возрастной группы при осложненных гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки на основе уточнения современных особенностей патогенеза, течения язвенной болезни и индивидуализации лечебной тактики.

Задачи исследования:

1) выяснить особенности секреторной, моторной функций, хеликобактерную обсемененность, морфологические изменения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки;

2) на основе современных медико-технических достижений уточнить патофизиологические механизмы образования гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки у этой группы больных;

3) изучить влияние сопутствующей патологии на течение гигантских язв у больных пожилого и старческого возраста;

4) разработать способ лечения гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением на основе использования аргоно-плазменной коагуляции, и оценить эффективность метода;

5) уменьшить число осложнений и летальность при хирургическом лечении осложненных гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста;

б) изучить результаты лечения больных в зависимости от характера осложнений язвенной болезни и хирургического метода лечения.

Научная новизна. Научная новизна представлена уточненными патогенетическими механизмами образования гигантских язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных старческого возраста на основе современных методов функциональной диагностики.

Показана возможность использования балльных систем оценки тяжести (АРАСНЕ III) для объективизации состояния больных с гигантскими язвами желудка и 12-перстной кишки и выраженной сопутствующей патологией в индивидуализации метода хирургического лечения у больных старших возрастных групп.

Предложен способ ушивания для перфоративных язв двенадцатиперстной кишки больших и гигантских размеров (более 2см) (рационализаторское предложение № 1540 от 15 апреля 2009 года «Способ ушивания перфоративных гигантских язв двенадцатиперстной кишки»).

Разработан способ лечения гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки на основе использования аргоноплазменной коагуляции (Патент на изобретение № 2406432 «Эндоскопический способ лечения гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки». Заявка № 2009133522, приоритет изобретения от 7 сентября 2009 года).

Практическая значимость. Практическое значение работы состоит в индивидуализации лечебной тактики при осложненном течении язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки. Использование современных функциональных методов диагностики в повседневной клинической практике позволило диагностировать истинную язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также симптоматические язвы, возникшие на фоне сопутствующей патологии.

Исследование подтвердило возможность применения балльных систем (АРАСНЕ III) для оценки тяжести сопутствующей патологии у пациентов пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Использование этих систем дало возможность адекватно оценивать риск оперативного лечения и прогнозировать летальность у данной группы больных.

Доказана высокая эффективность использования аргоноплазменной коагуляции у больных с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Разработанный эндоскопический способ лечения гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки позволил повысить эффективность гемостаза и сократить сроки лечения.

Выбранный подход к лечению гигантских язв у больных пожилого и старческого возраста позволил снизить процент повторных госпитализаций, привел к снижению числа осложненных форм язвенной болезни, послеоперационной и общей летальности.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В основе возникновения гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста лежат сложные патофизиологические механизмы, обусловленные нарушениями кислотопродуцирующей и моторно-эвакуаторной функций, и морфологии. В развитии осложнений немаловажную роль играет сопутствующая патология с явлениями полиорганной недостаточности.
2. Уточнение патофизиологических механизмов возникновения гигантских гастродуоденальных язв, использование современных балльных систем оценки полиорганной недостаточности дали возможность индивидуализировать схемы консервативной терапии и варианты оперативного лечения при осложнениях язвенной болезни у больных старшей возрастной группы.
3. Использование аргоноплазменной коагуляции в лечении больных пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, позволило повысить эффективность гемостаза и сократить сроки лечения.

Внедрение результатов исследования в практику

Положения диссертации, разработанный способ лечения гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки с применением аргоноплазменной коагуляции, способ ушивания перфоративных язв двенадцатиперстной кишки больших и гигантских размеров внедрены в повседневную практику в отделении хирургии Нефтеюганской городской больницы и хирургическом отделении ОГБУЗ ГКБ № 1 г. Смоленска.

Апробация работы

Основные положения работы были доложены и обсуждены на совещании кафедры факультетской хирургии СГМА 13 ноября 2008 г, проблемной комиссии по хирургии СГМА 14 ноября 2008 г; на конференции гастроэнтерологов: 14 Российская Гастроэнтерологическая Неделя, Москва, 6-8 октября 2008 г., конференции хирургов: 1-я Международная конференция по торакоабдоминальной хирургии, Москва, 5-6 июня 2008 г., 5 региональной конференции хирургов «Современные технологии в диагностике и лечении хирургических заболеваний» Ханты-Мансийск 6-7 ноября 2008 г.; на совместном заседании кафедр факультетской хирургии, госпитальной хирургии, общей хирургии с курсом хирургии ФПК и ППС,

факультетской терапии, онкологии Смоленской государственной медицинской академии 22 мая 2012 г.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 24 печатных работы, из них 20 в центральной печати, в том числе 2 статьи в ведущих рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК, в которых достаточно полно отражены результаты диссертационного исследования, получены удостоверение на рационализаторское предложение и патент на изобретение.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из оглавления, введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего 114 отечественных и 68 иностранных источника, иллюстрирована 31 таблицей и 60 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования.

Работа выполнена на базе городской больницы г. Нефтеюганска. Проведен научный анализ материалов 274 больных с гигантскими язвами желудка и ДПК, находившихся на лечении в отделении хирургии и гастроэнтерологии городской больницы г. Нефтеюганска в период 1999-2009гг. Больные разделены на 2 группы. Основную группу составили 148 больных пожилого и старческого возраста, из них 133 (89,9%) больных пожилого возраста и 15 (10,1%) - старческого. Группа сравнения – 126 больных молодого и среднего возраста. Распределение больных по полу, средний возраст в исследуемых группах представлены в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу в основной и контрольной группах.

Группы больных	Количество больных	Пол		Средний возраст
		Муж.	Жен.	
Основная группа	148	71	77	66,1±5,6
Группа сравнения	126	91	35	46,4±9,4
Всего:	274	162	112	56,3±7,5

Язвы желудка выявлены в основной группе у - 75 (50,7%), в группе сравнения у – 62 (49,2%) пациентов. Язвы двенадцатиперстной кишки в основной группе имели место у - 73 (49,3%), а в группе сравнения у – 64 (50,8 %) больных соответственно.

Не имели язвенного анамнеза 95 (64,8%) больных основной группы и 74 (58,7%) пациента в группе сравнения. Короткий язвенный анамнез (1-5 лет) был выявлен у 23 (15,5%) больных в основной группе и у 19 (15,1%) больных в группе сравнения. Длительность заболевания от 6 до 10 лет была отмечена у 8 (5,4%) пациентов основной группы и у 16 (12,7%) больных в

группе сравнения. С так называемыми “застарелыми” язвами - длительно текущей язвенной болезнью, начавшейся в молодом или среднем возрасте, было - 22 (14,9%) пациента (длительность язвенного анамнеза составила более 10 лет); у 9 больных длительность язвенного анамнеза составила более 30 лет. В группе сравнения с язвенным анамнезом более 10 лет было 17 (13,5%) больных.

Наиболее часто у пожилых больных встречались язвы желудка I типа (А. Johnson 1969) с локализацией язвы в теле или субкардиальном отделе желудка - 40 больных (53,4%). Сочетанная язва желудка и двенадцатиперстной кишки (II тип) была выявлена у 13 пациентов (17,3%), язвы пилорического канала (III тип) у - 22 (29,3%) больных.

В группе сравнения язвы желудка I типа выявлены у - 39 больных (62,9%). Язвы желудка II типа были выявлены у 7 пациентов (11,3%), язвы III типа у 16 обследованных (25,8%).

В обеих исследуемых группах из осложнений чаще встречалось желудочно-кишечное кровотечение: у 68 (79,1%) больных основной группы и у 79 (84%) больных группы сравнения. Сочетание нескольких осложнений чаще встречалось у больных в группе сравнения – 13 (13,8%). Структура осложнений представлена в таблице 2.

Таблица 2. Структура осложнений в исследуемых группах

Группы больных	Кровотечение	Перфорация	Стеноз	Пенетрация	Сочетание осложнений
Основная группа	68 (79,1 %)	6 (7 %)	3(5,4%)	2 (3,5%)	7 (12,5%)
Группа сравнения	79 (84%)	-	2(2,2%)	-	13 (13,8%)

Практически у всех пожилых больных в нашем исследовании имелась сопутствующая патология, в 66,2% наблюдений 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%) больных, артериальная гипертензия – 72 (48,6%); хронические неспецифические заболевания легких – у 23 (15,5%); цереброваскулярные болезни 33 (22,3%).

Методы исследования

Эзофагогастродуоденоскопия выполнялась под местной анестезией ротоглотки по стандартной методике аппаратами фирмы “Olympus”(Япония) с торцевой и боковой оптикой. Всем больным с желудочно-кишечными кровотечениями выполнялся эндоскопический гемостаз. У больных с кровоточащей язвой обязательно оценивался риск рецидива кровотечения по классификации D. Forrest (1974). Контрольная ЭГДС при отсутствии кровотечения проводилась через 7 суток от начала специфической противоязвенной терапии. В последующем контроль ЭГДС осуществлялся через каждые 7-10 суток при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке и 14 суток при локализации язвы в желудке.

Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки не отличалась от общепринятой методики и проводилась на рентгеновских установках с электроннооптическими преобразователями SIEMENS AXIOM ICONOS R200. Если обнаруживались рентгенологические признаки стеноза и нарушения эвакуации, то проводился почасовой контроль эвакуации из желудка через 6-12-24 часа.

Для оценки желудочной секреции использовали методику внутрижелудочной рН - метрии с помощью прибора "Гастроскан-5М" выпускаемого ГНПП "Исток-Система" г. Фрязино.

Внутрижелудочная рН-метрия проводилась утром натощак, исключался прием антисекреторных препаратов за 12 часов до исследования. Исследования осуществлялись в 4 этапа. Первый этап - базальное исследование рН в течение 30 мин. Второй этап – базальный щелочной тест, прием 30 мл воды с 0,5 г соды. Длительность теста зависела от интенсивности выделения соляной кислоты и скорости нейтрализации соды (минимальное время 5 мин, максимальное - 25 мин). Третий этап - стимулированная гистамином секреция в дозе 0,02 мг/кг веса больного. Продолжительность теста (45 мин), соответствовала максимуму действия стимулятора. Четвертый этап - щелочной тест после стимуляции, выполнялся так же, как и базальный.

Полифокусная биопсия для морфологического исследования выполнялась при ЭГДС из фундального, антрального отделов желудка и язвы. Оценивались степень выраженности и активности гастрита по Сиднейской классификации M. Dixon (1996), степень выраженности атрофии слизистой, наличие или отсутствие фовеолярной или кишечной метаплазии, а также дисплазии различной степени выраженности. Для обнаружения Нр - инфекции использовался морфологический метод и уреазный дыхательный тест (ХЕЛИК-тест). *Helicobacter pylori* (Нр) выявляли окрашиванием акридиновым оранжевым с последующим изучением в люминесцентном микроскопе при увеличении $\times 900$. Для количественной оценки обсемененности при гистологическом и цитологическом исследованиях пользовались шкалой, предложенной Л. И. Аруином (1997).

Для объективизации тяжести состояния больных была использована балльная система оценки тяжести АРАСНЕ III. Все больные с сопутствующей патологией были разделены по степени выраженности полиорганной недостаточности на 4 группы:

1-я группа: компенсированная - больные с одним сопутствующим заболеванием в стадии компенсации или без выраженной сопутствующей патологии. Баллы: < 24,1; 2-я группа: субкомпенсированная – больные с двумя-тремя сопутствующими заболеваниями, одно из которых в стадии декомпенсации. Баллы: 24,5-66,3; 3-я группа: пограничная - больные с двумя - тремя сопутствующими заболеваниями, два из которых в стадии декомпенсации, с явлениями полиорганной недостаточности. Баллы: 66,4-98,8; 4-я группа: декомпенсированная - больные с тремя и более

сопутствующими заболеваниями, два из которых в стадии декомпенсации, при наличии печеночно-почечной недостаточности. Баллы: >100.

Результаты собственных исследований

В обеих возрастных группах выявлено преобладание пониженной секреции. У 49 (47,6%) больных в основной и 55 (63,9%) больных в группе сравнения язвы возникали на фоне пониженной секреции и не являлись кислотно-пептическими. Соотношение больных с гиперсекрецией было неравным, больных с гиперсекрецией было больше в основной группе: 29 (28,1%) У всех больных в группе сравнения и у 79,1% основной группы язвы желудка возникли на фоне нормальной или пониженной секреции, и причиной возникновения язв являются, вероятно, другие факторы.

В основной группе декомпенсация ощелачивающей функции отмечена у - 18 (41,9%) больных, что в 2 раза больше чем в группе сравнения - 7 (17,9%) пациентов. Субкомпенсация ощелачивающей функции в основной группе выявлена у 10 (23,2%), в группе сравнения - у 18 (46,2%) больных соответственно. Компенсация ощелачивающей функции у больных с язвами желудка встречалась - у 15(34,9%) пациентов основной группы и у - 14 (35,9%) в контрольной.

Данные рН-метрии свидетельствовали о гиперацидности - у 20 (33,3%) больных с язвами ДПК в основной группе, и у 9 (19,1%) в группе сравнения. Нормацидное состояние отмечено у 17 (28,3%) больных с дуоденальными язвами в основной группе и у 13 (27,7%) в группе сравнения. У 23 (38,4%) больных с язвами ДПК в основной группе и у 25 (53,2%) в группе сравнения выявлена гипосекреция.

Декомпенсация ощелачивающей функции антрального отдела выявлена у 21 больного в основной группе, у 25 больных - субкомпенсация и у 14 больных компенсация, что составило 35%, 41,7% и 23,3% соответственно. У больных в группе сравнения декомпенсация ощелачивающей функции антрального отдела выявлена у 7 (14,9%) больных; субкомпенсация у 27 (57,4%) и компенсация у 13 (27,7%)

Нарушения моторно-эвакуаторной функции выявлены у 76 (65,5%) в основной группе и у 38 (43,2%) больных в группе сравнения. У пациентов в «молодом» возрасте преобладал дуоденогастральный рефлюкс – 22 (57,9%) больных, у больных пожилого и старческого возраста преобладало сочетание рефлюксов – 32 (42,1%) клинических наблюдения. У пожилых больных нарушения моторно-эвакуаторной функции встречались чаще, чем в молодом возрасте, преобладало сочетание нарушений эвакуации.

У больных пожилого возраста с язвами ДПК чаще, чем у пациентов в группе сравнения встречался гастрит средней и слабой степени активности 23 (42,6%) и 19 (35,2%) больных соответственно, так же чаще отмечалась низкая степень воспаления выявленная у - 26 (48,1%) больных. В основной группе чаще имела место атрофия слизистой высокой степени у - 25 (46,3%) больных.

Язвы желудка на фоне высокой степени активности гастрита преобладали в основной группе у - 29 (42%) больных. Атрофия слизистой

оболочки желудка высокой и средней степени также чаще встречалась в основной группе у - 32 (46,4%) и 27 (39,1%) больных соответственно. У пожилых пациентов преобладало воспаление слизистой оболочки желудка средней степени выявленное у - 38 (55,1%) больных.

Helicobacter pylori был обнаружен у 42 (80,7%) пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки «молодого возраста» и у 35 (71,4%) больных пожилого и старческого возраста. Частота определения его у больных с язвами желудка в группе сравнения составила - 89,1% (40 больных), а в основной - 44,4% (28 пациентов). С возрастом степень обсемененности *Hp* снижается. Возможно, это связано с тем, что в пожилом возрасте увеличивается количество пациентов с атрофическими формами гастрита

Проведена оценка степени выраженности полиорганной недостаточности у больных исследуемых групп с использованием балльной системы APACHE III. В 1-ю группу вошли - 21 (14,2%) больной пожилого и старческого возраста и 60 (47,6%) больных из группы сравнения. Прогноз благоприятный, вероятность летального исхода - 0%.

Вторая включала 81 (54,7%) больного пожилого и старческого возраста и 57 (45,2%) больных группы сравнения. Объем оперативного лечения в данной группе может быть различным, большинству больных возможно выполнение радикальных операций, операционно-анестезиологический риск не высок. Прогнозируемая и вероятностная летальность - 5%.

В 3-й группе было 26 (17,6%) больных пожилого и старческого возраста и 7 (5,6%) больных контрольной группы. Риск неблагоприятного исхода зависел от сроков начала корригирующей терапии и компенсаторных возможностей организма. При своевременно начатом лечении больные переходили во 2-ю группу прогноза, при прогрессирующей полиорганной недостаточности - в четвертую. Данная группа больных - с повышенным операционно-анестезиологическим риском, и исход оперативного лечения во многом зависел от сроков коррекции сопутствующей патологии. Прогнозируемая летальность - 40%.

В 4 группу вошли - 20 (13,5%) больных пожилого и старческого возраста и - 2 (1,6%) больных контрольной группы. Произвести адекватную коррекцию заболеваний в ранние сроки у этой группы больных не представляется возможным. Прогнозируемая летальность составила - 98-100%.

Применение балльной системы APACHE III для оценки тяжести больных с язвенной болезнью помогло объективизировать состояние пациентов, отнести их в определенную группу операционно-анестезиологического риска, что влияло на выбор хирургической тактики и прогноз исхода заболевания.

В основной группе консервативная терапия была проведена у 123 (83,1%) из 148 больных. Подход к выбору лекарственных препаратов был избирательным и зависел от причин язвообразования и характера сопутствующей патологии в каждом конкретном случае.

Больным с язвами желудка или двенадцатиперстной кишки, без выраженной сопутствующей патологии, назначалась одна из стандартных схем противоязвенной терапии в течение трех недель.

Пациентам с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью и выраженным системным атеросклерозом, на фоне противоязвенной терапии назначались дезагреганты, ангиопротекторы и ингибиторы АПФ для улучшения микроциркуляции в слизистой оболочке желудка.

При наличии нарушений моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки либо дискоординации моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, помимо противоязвенной терапии, дополнительно назначались прокинетики (церукал, мотилиум, цисап).

У больных с гигантскими язвами на фоне атрофического гастрита, дополнительно назначались гастропротекторы: сукральфат, а также препараты улучшающие трофику и стимулирующие процесс регенерации: трентал, актовегин, солкосерил;

Консервативная терапия в группе сравнения проводилась по стандартной, общепринятой схеме, включающей противоязвенную и антихеликобактерную терапию, и не отличалась от схем лечения в основной группе. В группе сравнения консервативно пролечено 90 (71,4%) больных: из них 53 (58,9%) - с язвами ДПК и 37 (41,1%) - с язвами желудка.

При поступлении пациентов с клиническими проявлениями ЖКК проводили экстренную гастродуоденоскопию для выявления источника кровотечения. При продолжающемся кровотечении осуществляли эндоскопический гемостаз с применением аргоноплазменной коагуляции. При отсутствии активного кровотечения выполняли эндоскопическую профилактику рецидива ЖКК с применением АПК. В последующем, оценивали риск рецидива кровотечения с учетом клинических критериев, оценки степени тяжести кровопотери, эндоскопических критериев по классификации A. Forrest.

При невысоком риске рецидива кровотечения проводили стандартную схему противоязвенной квадротерапии, 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 более 2-3 см, особенно при локализации их в субкардиальном отделе желудка; б) анемию тяжелой степени ($Hb < 50$ г/л), при острой кровопотере в первые трое суток от начала кровотечения; в) наличие варианта течения с неблагоприятным прогнозом заболевания (длительный язвенный анамнез, с непрерывно-рецидивирующим течением болезни, осложнениями в анамнезе).

При наличии более двух абсолютных критериев угрозы рецидива кровотечения показано оперативное лечение в срочном порядке, после проведения кратковременной предоперационной подготовки.

Относительными критериями рецидива кровотечения считали критерии высокого риска рецидива кровотечения по эндоскопической классификации A. Forrest: Ia,b (эндоскопически остановленное кровотечение), IIa,b. При наличии только относительных критериев высокого риска рецидива кровотечения больным проводилось лечение по следующей схеме: инъекционные формы H₂ - 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 каждой гастродуоденоскопии оценивались качество гемостаза, риск рецидива кровотечения и проводилась профилактика рецидива кровотечения всеми имеющимися в повседневной практике методами.

Наиболее критическими для возникновения рецидива кровотечения из язвы являлись 1-2 и 4-6 сутки лечения, так как именно в эти сроки происходит лизис тромба в язве.

Основным показанием к применению аргоноплазменной коагуляции являлось кровотечение из гастродуоденальных язв у - 90 (87,4%) из 103 больных.

Аргоноплазменная коагуляция применялась при активном кровотечении (FIIa-FIIb), в том числе при рецидивных кровотечениях; а так же состоянии нестабильного гемостаза (FIIa-FIIb) - с целью превентивного противорецидивного гемостаза.

В большинстве случаев оказалось достаточно однократного применения АПК - 59 пациентам (63,5%). Повторно АПК выполнена в 8 (8,9%) наблюдениях при эндоскопической картине нестабильного гемостаза в ходе динамического ЭГДС - контроля. Три и более раз АПК потребовалось выполнить 13 пациентам (14,3%). Достичь гемостаза не удалось у 10 (8,7%) пациентов, эти больные оперированы в экстренном и срочном порядке.

Кроме того, аргоноплазменная коагуляция язвы применена в комплексе лечебных мероприятий не как метод остановки кровотечения, а как способ лечения. Для эндоскопической обработки гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью аппарата ЭХВЧа140-01 – «Фотек» использовали зонд типа Side-Fire APC - зонд 2200 А, диаметр 2,3 мм, длина 2,2 м. При первой обработке язвенной поверхности проводили бесконтактную поверхностную монополярную коагуляцию факелом аргоновой плазмы 2,2 л/мин от центра к периферии в режиме «СПРЕЙ» с мощностью 44 Вт по 2-3 секунды на каждую точку с 20 секундной подачей потока и паузой 30 секунд. Это позволяло создать на поверхности язвы коагуляционную пленку, которая препятствовала перфорации органа при дальнейшей обработке язвенной поверхности. Затем проводили обработку язвенной поверхности в режиме «КОАГ» с повышенной глубиной коагуляции с мощностью 44 Вт по 1-2 секунды на каждую точку с 20 секундной подачей тока и паузой 30 секунд потоком аргона 2,2 л/мин. При этом формировалась плотная коагуляционная пленка белесого цвета, что обеспечивало создание оптимальных условий для заживления язвы под «струпом». С первого дня назначали традиционную противоязвенную

терапию. Контрольную ФГДС проводили через 5 суток с повторной эндоскопической обработкой язвенной поверхности в режиме «СПРЕЙ». Количество сеансов эндоскопической обработки гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием аргоновой плазмы составляло 2-3.

По данной методике пролечено 13 пациентов с гигантскими труднорубцующимися язвами желудка и двенадцатиперстной кишки в возрасте от 26 до 66 лет. У всех больных наступила эпителизация язв в среднем за $29 \pm 7,3$ дней.

Показаниями к оперативному лечению были: 1) к экстренным операциям - перфорация язвы, активное кровотечение, невозможность эндоскопической остановки кровотечения, рецидив кровотечения из язвы в стационаре; 2) к срочным операциям - высокий риск рецидива кровотечения из язвы в сочетании с агрессивным течением язвенной болезни; 3) к плановым операциям - стеноз и пенетрация язвы, непрерывно-рецидивирующее (агрессивное) течение язвенной болезни при наличии осложнений язвенной болезни в анамнезе (повторные кровотечения, ушивание перфоративной язвы).

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

В экстренном порядке по поводу кровотечения оперированы 12 больных с язвами желудка. Трем больным выполнены операции по экстренным показаниям по поводу перфоративной язвы. В срочном порядке оперированы 5 больных с высоким риском рецидива кровотечения, в плановом порядке оперированы 5 больных.

В экстренном порядке с язвами двенадцатиперстной кишки оперированы 8 больных. 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 больных по поводу состоявшегося кровотечения тяжелой степени, с высоким риском рецидива кровотечения, причем кровотечение сочеталось с пенетрацией. В плановом порядке оперирована 1 больная, показанием к операции был стеноз выходного отдела желудка.

Послеоперационная летальность в группе сравнения составила 2,8% (1 пациент).

В основной группе оперативному лечению подверглись 25 из 148 больных (16,9%): 18 (72%) - при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и 7 (28%) - при язвенной болезни желудка. В плановом порядке

операции были произведены 7 (28%) больным, в экстренном и срочном - 18 (72%).

С язвами двенадцатиперстной кишки оперировано 18 больных. В нашем наблюдении преобладали резекционные методы.

С желудочно-кишечными кровотечениями оперативное лечение было выполнено у 14 (31,1%) пациентов: 8 с язвами двенадцатиперстной кишки и 6 с язвами желудка. Большинство больных оперированы в экстренном и срочном порядке. По поводу активного желудочно-кишечного кровотечения из язвы при невозможности его эндоскопической остановки оперировано 3 больных с язвами двенадцатиперстной кишки, у 2 из них язвы пенетрировали в головку поджелудочной железы.

В экстренном порядке по поводу рецидива кровотечения из язвы оперированы 5 больных: у 3 из них язва локализовалась в желудке, у 2 - в двенадцатиперстной кишке.

В срочном порядке по поводу высокого риска рецидива кровотечения оперированы 2 больных. Наиболее оправданно проводить операции у таких больных через 12-24 часа от момента поступления их в клинику. За это время больным проводились коррекция гемодинамических нарушений, заместительная трансфузионная терапия.

С перфорацией язвы оперированы 6 пациентов. Минимальные операции – простое ушивание язвы были выполнены всем 6 больным. Данное оперативное вмешательство малоинвазивно и позволяло спасти жизнь больного.

С пилородуоденальным стенозом прооперированы 3 больных: 2 - с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке и 1 - в желудке. Субкомпенсированный стеноз в исследовании имел место у 2 пациентов, декомпенсированный - у 1 больного.

По поводу пенетрирующих язв в плановом порядке оперированы 2 больных, выполнены резекции желудка по Б-2. Летальных исходов при плановом оперативном лечении пенетрирующих язв у пожилых больных не было.

Анализ результатов оперативного лечения больных основной и контрольной группы показал: характер операций при осложненных формах язвенной болезни не отличался у больных разных возрастных групп и зависел от локализации язвы и варианта течения заболевания. В обеих возрастных группах преобладали резекционные методы. При перфорации язвы в основном выполнялось ушивание.

Таким образом, необходим взвешенный подход при выборе методов оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Ушивание перфоративной язвы приносит хорошие результаты, надежда на успех прошивания сосуда в язве на высоте кровотечения не всегда оправдана.

Послеоперационная летальность в основной группе составила - 16% (4 из 25 больных), общая летальность - 2,7% (4 из 148 больных).

ВЫВОДЫ:

1. Гигантские язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста характеризуются: а) большим количеством впервые выявленных язв желудка и двенадцатиперстной кишки - 95 (64,8%); б) преобладанием в обеих возрастных группах гипосекреторов - 49 (47,6%) в основной группе и 55 (63,9%) в группе сравнения; в) сочетанием гастроэзофагеального и дуодено-гастрального рефлюксов по данным рентгенологического исследования 42,1% - в основной группе; г) частым выявлением гастрита средней и слабой степени активности у больных основной группы с язвами ДПК в сравнении с больными молодого возраста соответственно 42,6% и 35,2% с преобладанием атрофии слизистой оболочки желудка высокой степени - у 46,3% больных; д) выявлением *Helicobacter pylori* у пациентов с язвами желудка в 44,4%, язвами двенадцатиперстной кишки – в 71,4%.
2. У больных пожилого и старческого возраста имелась тяжелая сопутствующая патология, в 66,2% сочетанного характера, влияющая на клиническое течение язв, усугубляющая состояние больных и нередко определяющая прогноз и летальность.
3. Разработанный и внедренный в практику эндоскопический способ лечения осложненных гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием аргоно-плазменной коагуляции, является эффективным и позволяет создать оптимальные условия для заживления язвы под «струпом».
4. Эндоскопический гемостаз с применением аргоноплазменной коагуляции у пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, в сочетании с патогенетически обоснованной последующей комплексной терапией повышает эффективность лечения с достижением 81,3% благоприятных исходов.
5. Совершенствование лечебного подхода у больных основной группы позволило снизить показатель общей летальности до 2,7% .

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больным пожилого и старческого возраста с осложненными гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки при отсутствии показаний к экстренной операции рекомендуется комплексное функциональное обследование желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием ФЭГДС, рентгеноскопии желудка, рН-метрии, исследование на наличие *H. Pylori*, и морфологическое исследование слизистой желудка с целью индивидуализации лечения.
2. Для объективной оценки тяжести состояния больных пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки может применяться стандартная балльная система APACHE III.
3. При наличии выраженных нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, регистрируемых современными

методами функциональной диагностики, кроме противоязвенной терапии, необходимо назначать лекарственные препараты из группы прокинетиков.

4. У больных с гигантскими язвами, осложненными кровотечением, необходимо применять индивидуализированную тактику, с учетом абсолютных и относительных критериев риска рецидива желудочно-кишечного кровотечения. При выявлении только относительных критериев риска рецидива кровотечения показано проведение консервативных мероприятий с включением в схему лечения: H₂ - блокаторов или блокаторов протонного насоса внутривенно (каждые 6 часов в течение 3-5 дней) и ФЭГДС с целью оценки надежности гемостаза и его контроля. При наличии более двух абсолютных критериев угрозы рецидива кровотечения показано оперативное лечение в срочном порядке.

5. В комплексной терапии больных с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется использовать обработку язвенной поверхности аргоновой плазмой, способствующий заживлению гигантских язв и как эффективный метод экстренного и превентивного противорецидивного гемостаза.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Лысак С.И. Особенности клиники и лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста // Физкультура и спорт – основополагающий фактор воспитания здорового образа жизни, укрепления здоровья, профилактики и лечения заболеваний: Матер. междунар. научн. конф. посвященной 70-летию кафедры физвоспитания, ЛФК и спортивной медицины СГМА. – Смоленск, 2006.- С.43-45.
2. Романенков С.Н., Лысак С.И., **Жаров С.В.**, Сучков В.С. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений. Физкультура и спорт – основополагающий фактор воспитания здорового образа жизни, укрепления здоровья, профилактики и лечения заболеваний: Матер. междунар. научн. конф. посвященный 70-летию кафедры физвоспитания, ЛФК и спортивной медицины СГМА. – Смоленск, 2006. – С. 45-47.
3. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Лысак С.И. Морфологическая характеристика слизистой оболочки желудка у больных пожилого и старческого возраста с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2006. - Т.16, № 5 (Приложение № 28).- С. 109.
4. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Лысак С.И. Секреторная активность желудка у больных пожилого и старческого возраста с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2006. - Т.16, № 5 (Приложение № 28).- С. 109.
5. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Лысак С.И. Эрозивно-язвенные гастродуоденальные кровотечения у больных пожилого и старческого

- возраста // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2007. (Приложение № 1). - С.56-57.
6. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Лысак С.И. Диагностика эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2007. (Приложение № 1).- С.57-58.
 7. Романенков С.Н., **Жаров С.В.** Клиническая характеристика больных пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2007. (Приложение № 30). - С.120.
 8. Романенков С.Н., **Жаров С.В.** Лечение гигантских язв желудка и ДПК у больных пожилого и старческого возраста // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2007. (Приложение № 30). - С.120.
 9. Романенков С.Н., **Жаров С.В.** Прогноз течения язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2007.- (Приложение № 30). - С.120.
 10. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Лысак С.И. Диагностика гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 2007. (Приложение № 30). - С.121.
 11. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Лысак С.И., Логинов Е.В. Эндоскопический гемостаз кровоточащих гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста // Актуальные вопросы эндоскопии: Матер. научн. конф. - Казань, 2008.- С.87-88.
 12. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Лысак С.И., Логинов Е.В. Эндоскопическая диагностика и лечение гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки осложненных кровотечением у больных пожилого и старческого возраста: Матер. 12 международного конгресса по эндоскопической хирургии. - М. 2008. - С.174.
 13. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Лысак С.И. Кислотопродуцирующая и ощелачивающая функция желудка у больных пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами двенадцатиперстной кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2008. - Т.18, № 5 (Приложение № 32). – С. 22.
 14. Романенков С.Н., **Жаров С.В.** Моторно-эвакуаторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2008. - Т.18, № 5 (Приложение № 32). - С.171.
 15. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Лысак С.И. Диагностика и лечение гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого

- возраста: Матер. I-й международной конф. по торако-абдоминальной хирургии - М., 2008. - С.215.
16. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Сучков В.С., Логинов Е.В. Возможности диагностики и лечения гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста в условиях городской больницы // Современные технологии в диагностике и лечении хирургических заболеваний: Матер. 5 региональной конф. хирургов.-Ханты-Мансийск, 2008. - С.106-112.
 17. Романенков С.Н., **Жаров С.В.** Кислотопродуцирующая функция желудка у больных пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2009. (Приложение № 1) - С. 60-61.
 18. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Пальцев С.В. Изменения слизистой оболочки желудка у больных пожилого и старческого возраста с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2009. (Приложение № 1) - С. 61-62.
 19. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Нарезкин Д.В. Способ ушивания перфоративных гигантских язв двенадцатиперстной кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2009. - Т.19, № 5 (Приложение № 34). - С. 28.
 20. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Нарезкин Д.В., Логинов Е.В. Эндоскопическое лечение гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки с применением аргоновой плазмы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2009. - Т.19, № 5, (Приложение № 34). - С. 151.
 21. Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Логинов Е.В., Романенков Н.С. Внутрисветная эндоскопия в диагностике и лечении эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением: Матер. 10 юбилейного съезда научного общества гастроэнтерологов. – М., - 2010. – С. 164-165.
 22. Эндоскопический способ лечения гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Патент 2406432 РФ., / Романенков С.Н., **Жаров С.В.**, Нарезкин Д.В. - № 2009133522; заявл. 07.09. 2009;
 23. **Жаров С.В.**, Нарезкин Д.В., Романенков С.Н., *Результаты оперативного лечения пациентов пожилого и старческого возраста с осложненными гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки // Новости хирургии – 2012.- Т. 20, №2.- С.25 -28.*
 24. **Жаров С.В.**, Нарезкин Д.В., Романенков С.Н., Логинов Е.В., *Хирургическая тактика при осложненном кровотечением гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста // Вестник Ивановской медицинской академии – 2012 – Т.17, № 3. – С. 37-41.*

СОКРАЩЕНИЯ И УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

АПК	аргоноплазменная коагуляция
АПФ	ангиотензин-превращающего фермента
Б1	Бильрот I
Б2	Бильрот II;
ГЭ	гастрэктомия
ГЭА	гастроэнтероанастомоз
ДПК	двенадцатиперстная кишка
ЖКК	желудочно-кишечное кровотечение
КЩС	кислотно-щелочное состояние
ПП	пилоропластика
СВ	селективная ваготомия
СПВ	селективная проксимальная ваготомия
ТВ	стволовая (трункулярная) ваготомия
ФГДС	фиброгастродуоденоскопия
ЭГДС	эзофагогастродуоденоскопия
АРАСНЕ III	Шкала оценки острых и хронических функциональных изменений (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation)
АРС	Argonplasma Coagulation
Нр	Helicobacter pylori
n	абсолютное число больных

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:
<http://www.gastroscan.ru/literature/>