

УДК 616.33/342-002.44-053.9

## ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА

М.М. Гладинец, М.А. Шацкий, З.С. Сапкин, Г.Ж. Ыגיעв

*Государственный медицинский университет города Семей*

### **ЕГДЕ ЖАЙЫҒЫ НАУҚАСТАРДАҒЫ АСҚАЗАН ЖӘНЕ ҰЛТАБАР ОЙЫҚ ЖАРА АУРУЫ**

Қорытындылай келе 60 жастан асқан науқастарда жиі асқынулар және қан кетуге бейімділік өте жиі кездесетіні анықталды. Ойық жара ауруының асқазанда орналасуы және қан кетуге бейімділік атеросклерозды жарасы бар науқастарда асқынулар құрылымын анықтайды, сондықтан операцияға көрсетілім кең болу керек.

### **PEPTIC ULCER AND DUODENAL ULCERS IN PATIENTS WITH OLD AGE**

In conclusion, it should be noted that a feature of the current of gastric ulcer and duodenal ulcer in patients over 60 years, a large number of complications and extreme bleeding tendency. Frequent localization progress in the stomach and bleeding tendency in patients with atherosclerotic ulcer complications determine the structure of this group, so the indications for surgery should be expanded. Severe comorbidity adaptability in the elderly are the main causes of adverse outcomes, which obliges to organ-preserving operations.

**Актуальность:** Академик В.Х.Василенко означил язвенную болезнь желудка и двенадцатипёрстной кишки медико-социальной проблемой XXI века.

Язвенной болезнью желудка двенадцатипёрстной кишки страдает 5% взрослого населения земного шара, причём до 15% из них нуждаются в операционном лечении. Несмотря на совершенствование показаний к хирургическому лечению и разработку органосохраняющих операций, при лечении язвенной болезни в отдельные сроки не удаётся полностью исключить развитие патологических синдромов. Частота заболеваемости язвенной болезнью в экономически развитых странах составляет 400-500 человек на 100.000 населения. Локализация язв в 12-перстной кишке более частая, чем в желудке. Язвенная болезнь, как причина инвалидности пациентов занимает второе место после сердечно – сосудистых заболеваний. Частота заболеваемости, утрата трудоспособности в связи с частыми обострениями заболевания, перевод пациентов на инвалидность наиболее трудоспособного возраста, летальность от тяжёлых осложнений кровотечения, прободение, делают проблему лечения язвенной болезни социальной задачей.

Анализ результатов операций показывает, что после резекции желудка патологические синдромы функциональной или органической происхождения наблюдаются по данным литературы у каждого второго больного: так, например: демпинг-синдром - у 34-40%, синдром приводящей петли - у 15-17 % пациентов, пептическая язва анастомоза у 9-10%, РЭ - 8%, гипоглекемия – 7 - 8%.

После органосохраняющих операций: ваготомии развиваются тяжёлые осложнения: демпинг - синдром, гипогликемический синдром, диарея - у 22-23%, рефлюкс-эзофагит и гастрит - у 12-13%, гастростаз - у 2-3%, рецидив язвы - у 10-20%. В основе этих осложнений заложены нарушение функции пилорического жома. Реальное снижение осложнений в отдаленные сроки после операций может быть достигнуто применением оперативных пособий, которые сохраняют порционное поступление содержимого в желудок, это органосохраняющие щадящие операции, а также дренирующие оперативные пособия.

Существующая доктрина терапевтов длительно лечения консервативной терапией пациентов с дуоденальными язвами, приводят у 70% поступаю-

щих в хирургическое отделение больницы скорой медицинской помощи с осложнённой язвой, что требует применения экстренных оперативных вмешательств, к примеру, дренирующих операций при стенозе выходного отдела желудка.

За последние годы интерес к проблемам гериатрической хирургии возрос в связи с увеличением количества людей старческого возраста. Одной из таких проблем является лечение язвенной болезни у лиц преклонного возраста. В СНГ в последние годы насчитывалось более 21 млн. человек старше 60 лет. Среди больных язвой пациенты пожилого и старческого возраста составляют около 30%. По-прежнему остаются неудовлетворительными результаты хирургического лечения больных этой категории.

В хирургической клинике БСМП с 1976 по 2009 г. находилось на лечении по поводу язвенной болезни -1933 пациентов. Из них пациентов пожилого и старческого возраста 60 лет и старше было - 205 или 10,6% больных. Анализируя опыт лечения этих больных, мы поставили следующие задачи, это определить особенности клинического течения заболевания: локализацию язвы, длительность анамнеза, первые проявления заболевания, тенденцию к осложнениям; объяснить структуру осложнений язвенной болезни, определить факторы, способствующие неблагоприятным исходам лечения, разработать рациональную тактику лечения пациентов. Нами отмечено изменение соотношения женщин и мужчин, в преклонном возрасте оно составляет 1:2, в то время как в средней возрастной группе 1:65. В литературе нет единого мнения о наиболее частой локализации язвы у пожилых больных. В наших наблюдениях установлено, что если в молодом возрасте язва двенадцатиперстной кишки была у 78% больных, то в группе больных старше 60 лет она отмечена у 58,9%.

Особое значение имеют клинко-патогенетические особенности развития язвы у лиц пожилого и старческого возраста.

Для разработки рациональной тактики мы использовали классификацию, выделяющие следующие группы: I - язва, возникшая в пожилом возрасте: 1. атеросклеротическая, 2. с типичными проявлениями язвенной болезни; II-язва, возникшая в молодом возрасте.

Наибольшую опасность представляют атеросклеротические язвы, для которых характерна стертая клиническая картина и склонность к кровотечениям. В наших наблюдениях таких больных было 42 (20%). В эту группу входят крайне тяжело больные, у каждого из которых генерализованный атеросклероз являлся конкурирующим заболеванием.

Адаптационные возможности у таких больных снижены и степень риска всегда высока. К выявленным особенностям следует отнести частую локализацию атеросклеротической язвы в теле желудка и чрезвычайную склонность к профузным кровотечениям (мы наблюдали 27 таких больных – 64% страдающих атеросклеротической язвой). У каждого второго из этой группы кровотечение было первым симптомом язвы.

У 85 больных язва с типичными проявлениями возникла в пожилом возрасте. Желудочная локализация язвы была в 54% наблюдений. Первым проявлением болезни в этой группе была боль в эпигастриальной области, связанная с приемом пищи, но кровотечение также отмечалось часто: из 85 больных 44 оперированы по поводу желудочного кровотечения.

Язва в молодом возрасте появилась у 78 больных (38%). Многочисленность этой группы свидетельствует о недостаточной хирургической активности при язвенной болезни у больных среднего возраста. Почти все больные имели многолетний анамнез, типичное клиническое течение впервые годы заболевания, каждый из них неоднократно лечился амбулаторно и в стационаре. Следует сделать вывод переоценке возможностей медикаментозного и других нехирургических способов в лечении язвенной болезни.

В этой группе язва чаще 82% наблюдений локализовалась в двенадцатиперстной кишке. Осложненных форм также было много: у 37,5% отмечено кровотечение, у 33,3% больных – стеноз.

Хирургическое лечение больных пожилого и старческого возраста представляет значительные сложности. Фоновые заболевания и снижение защитных механизмов, частые осложнения основного и сопутствующих заболеваний утяжеляют прогноз, тем не менее, единственный путь улучшения результатов лечения – более активная хирургическая тактика. Явная тенденция к кровотечениям, быстрое прогрессирование заболевания, низкие факторы обуславливают необходимость раннего хирургического лечения.

У больных с атеросклеротической язвой операция должна быть предпринята до развития осложнений, а если больной поступает с кровотечением – до развития значительного дефицита ОЦК, это единственный путь спасения.

Следует стремиться к органосохраняющим операциям. Антрумрезекция с селективной ваготомией оправдана как необходимость устранения источника кровотечения.

В группе больных, у которых язва развилась в пожилом возрасте, также необходимо активизировать тактику. У  $\frac{2}{3}$  больных этой группы имелись типичные клинические проявления язвенной болезни в течение 2 лет и более, после чего развилось кровотечение. Показания к оперативному лечению долж-

ны быть расширены и потому, что язва у этих больных чаще локализуется в желудке. Окончательный выбор объема операции зависит от морфологических изменений, найденных во время операции и соотношения факторов агрессии и защиты, а также от наличия осложнений. Объем операций в зависимости от возраста оперированных представлен в таблице. В группе больных, у которых заболевание началось в молодом возрасте, важнейший путь улучшения исходов лечения – операция до достижения 50-летнего возраста.

По данным нашей клиники, летальность при операциях по поводу язвенной болезни у лиц до 60 лет составила 0,4%, а у больных старше 60 лет – 6,25%. Все летальные исходы были связаны с осложнениями распространенного атеросклероза и сопутствующими заболеваниями.

Объем операции при язвенной болезни в различных возрастных группах с 1976 по 2009 – е года у пациентов с 60 летнего возраста произведено оперативных пособий – 728 и у пожилых -105. Антрум резекция - желудка 528 и соответственно 42 у больных пожилого возраста. Иссечение язвы осуществлялось вынужденная паллиативная операция спасающая жизнь пациента. В последующем определенная категория этих больных в плановом порядке оперировались в клинике с проведением радикальной операции. Это дало возможность значительно снизить летальность у пожилых людей, страдающих длительным время грозным заболеванием.

В заключение необходимо ответить, что особенностью течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов старше 60 лет, является большое число осложнений и чрезвычайная склонность к кровотечениям. Частая локализация процесса в желудке и склонность к кровотечениям у больных с атеросклеротической язвой определяют структуру осложнений в этой группе, поэтому показания к операции должны быть расширены. Тяжелые сопутствующие заболевания возможностей адаптации в пожилом возрасте являются основными причинами неблагоприятных исходов, что обязывает осуществлять органосохраняющие операции.

#### Литература:

1. Постолюк П.М., Кузин Е.М., Киселев Ю.И. и др. // Хирургия. 1982.- №8. – С. 30-34.
2. Солодков Е.В. К вопросу об осложненных формах язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук. , 1972.
3. Севельев В.С., Клиническая хирургия: Национальное руководство +СД, в 3-х томах – М., ГЭОТАР - мед. 2008 Т-1, Т-2.2009.
4. Кузин М.И Хирургические болезни М.,2006.
5. Рам Ю.М, лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений, Хирургия №3,2000г., с 30-32.
6. Севельев В.С. Хирургические болезни, Учебник +СД: в 2х томах, Мед.-2008,Т-1-600с. Т-2-400с.
7. Капустин Б.Б. с соавт. Особенности регенерации желудочно-кишечного анастомоза при различных вариантах его формирования. II Рос. Морф. Вестн.- 200 с.122-125.
8. Подильчак М.Д. Анастомозиты после резекции желудка и их лечение, Хирургия-1989г.№4-с.120-122.