РАЗДЕЛ XIII. МЕДИЦИНА

Шапошников В.И.

Клинические аспекты хирургического лечения язвенных кровотечений у лиц старческого возраста

(НОЧУ ВО) «Кубанский медицинский институт»
(Россия, Краснодар)

doi: 10.18411/lj-30-11-2017-35

idsp: 000001:lj-30-11-2017-35

Аннотация

Несмотря на разработку новейших средств консервативной терапии кровоточащих язв гастродуоденальной зоны в 44-49% они оказываются неэффективными, и приходится прибегать к оперативному лечению этого осложнения. У пожилых же пациентов вероятность кровотечения достигает уже 70-90%. Общая летальность при этом осложнении достигает 10 – 25%, а у лиц старческого возраста она возрастает до 65-75%. Целью исследования было изучение особенностей хирургического лечения кровоточащих язв гастродуоденальной зоны у лиц старческого возраста.

Наблюдали 9958 пациентов с кровоточащей язвой гастродуоденальной зоны, из которых у 86 (0,87%) возраст был от 75 до 93 лет. Из них женщин было 44 (51,2%), а мужчин – 42 (48,8%). Из 86 пациентов стойкого местного гемостаза консервативными методами удалось достигнуть лишь у 20 (23,2%). Оперативное лечение пришлось выполнить у 66 (76,8%) больных. Умерло 47(55%) пациентов, из них летальный исход на фоне нестабильного местного гемостаза наступил у 44 (летальность 66,6%), а стабильного - у 3 (15%), наступившего из-за недостаточности швов анастомоза. Наиболее неблагоприятный исход оперативного лечения наблюдался при сегментарной дуоденопластике (погибли все 15 пациентов, которым была выполнена эта методика хирургического лечения).

Ключевые слова: старческий возраст, язвенное кровотечение, операция

Abstract

Despite the development of advanced bleeding gastroduodenal ulcers conservative therapy zone in 44-49% they are ineffective, and have to resort to surgical treatment of this complication. In older patients the chance of bleeding up 70-90%. Overall mortality in this deterioration reaches 10-25% and among persons aged patients it increases up to 65-75%. The aim of the research was to study the peculiarities of surgical treatment for bleeding ulcers gastroduodenal zones at persons aged patients.

Watched 9958 patients with gastroduodenal ulcer bleeding zone from which 86 (0.87%) age was from 75 to 93 years. Of them women (51.2%) was 44 and 42 men (48.8%) Of 86 patients resistant local hemostasis conservative methods reached only 20 (23.2%). Surgical treatment had to run at 66 (76.8%) patients. Died 47 (55%) patients of them fatal amid the unstable local hemostasis stepped 44 (lethality 66.6%), and stable-from 3 (15%), coming from the lack of seams worst-case anastomosis. The most adverse outcome of surgical treatment was observed when segmental duodenoplastike (killing all the 15 patients, which was implemented this technique in surgical treatment).

Key words: senile age, ulcerous hemorrhage, operation

Актуальность. Несмотря на разработку новейших средств консервативной терапии кровоточащих язв гастродуоденальной зоны (КЯГДЗ) в 44-49% они оказываются неэффективными, и приходится прибегать к оперативному лечению этого осложнения. У мужчин, особенно в возрасте старше 40 лет, это осложнение встречается в 5-6 раз чаще, чем у женщин. У пожилых же пациентов вероятность кровотечения достигает уже 70-90%. У 12-33% больных в среднем через 164 дня (от 1 и до 1024 суток) наблюдаются рецидивы кровотечений после консервативных способов их остановки. Общая летальность при этом осложнении достигает 10 – 25%, а у лиц старческого возраста она возрастает до 65-75% [1,2,3,4,6].

Развитие язвенного кровотечения связывают со следующими причинами: 1) патоморфологические особенности язвенного дефекта слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (длительно не рубцующаяся язва с зияющими сосудами и др.), 2) погрешности в хирургической коррекции кислотно-пептической агрессии (отказ от ваготомии, прошивание в язве кровоточащего сосуда и др.), 3) неадекватность медикаментозной терапии (отсутствие эрадикации *Helicobacter pylori*), 4) наличие или развитие тяжелых патологических состояний, протекающих на фоне геморрагического шока. Из них особое значение придают острой сердечной, почечной и печеночной недостаточности, респираторному дистресс-синдрому, ДВС-синдрому и синдрому массивного кровезамещения [1,2,4].

В настоящее время третьей группе причинных факторов уделяют особое значение. Дело в том, что, несмотря на Маастрихтский консенсус – 2 (2000г), который практически вменил в обязанность всем врачам проведение при язвах гастродуоденальной зоны эрадикационной терапии (независимо от фазы заболевания и наличия осложнения), современные врачи продолжают придерживаться устаревшего алгоритма лечения, то есть назначают антисекреторные, антацидные, репаратные и другие «старые» препараты. Даже гастроэнтерологи назначают современную терапию только у 66-67% пациентов [4].

Антихеликобактерную терапию принято разделять на два этапа – терапию первой и второй линии, при этом второй этап осуществляется при неэффективности первого. Терапию первой линии проводят 7 дней при помощи ингибитора протонной помпы + кларитромицина + амоксицилина (или метронидазола). Затем в поликлинике пациента в течение 2-7 недель долечивают омепразолом или другим антисекреторным препаратом. Показатель эрадикации при ней составляет 88-95%, а частота ежегодных рецидивов дуоденальных язв снижается в среднем до 3,5%, а желудочных - до 5,7%. В терапию второй линии включены: ингибитор протонной помпы + висмута субсалицилат/субцитрат + метронидазол + тетрациклин. Квадротерапию назначают на 7- 14 дней. Долечивание опять же проводят антисекреторными препаратами. Неудачи в проведении и второй линии лечения обычно обусловлены наличием у больных или симптоматической, или не ассоциированной с *H. pylori* язв желудка и дуоденум [4]. Установлено, что продолжительная супрессия продукции соляной кислоты желудка, с поддержанием интрагастрального pH на уровне 6,0, приводит к исчезновению эрозивно-язвенных проявлений гастро-и дуоденопатий с сохранением образовавшихся тромбов (они перевариваются при снижении pH и активации фибринолиза и протеолиза). По этим причинам антибиотики сейчас являются лидерами в лечении язв желудка и ДПК. Антисекреторным же препаратам отведена роль резерва, а антацидным - вспомогательных средств. Воздействовать на систему гемостаза предлагают лишь тогда, когда происходит потеря факторов свертывания крови, а так же при нестабильном локальном гемостазе с высокой угрозой рецидива кровотечения. В таких случаях показана

трансфузия свежезамороженной плазмы, которая вводится до нормализации коагуляционных тестов[3]. Однако переливание ее больным, находящимся в критических состояниях, сопровождается у 6,8% рецидивом кровотечения, а у 18% наступает даже острое повреждение легких. Если же плазма не переливается, то указанные осложнения соответственно возникают только у 2,8% и 4% больных [7,8].

Эндоскопическая классификация КЯГДЗ производится по J.A. Forrest (1974): F 1a – продолжающееся струйное кровотечение, F 1b – продолжающееся капиллярное (диффузное) кровотечение, F 1a – видимый крупный тромбированный сосуд, F 1b – плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток, F 1c – мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен, F 1 – отсутствие стигм кровотечения в язвенном кратере [6].

Общепризнанной является активно-выжидательная тактика хирургического лечения КЯГДЗ, которая предусматривает достижения гемостаза консервативным путем и лишь при отсутствии эффекта прибегают к операции. Однако, больные слишком поздно (порой через 12 и более часов) дают согласие на хирургическое лечение, когда обескровливание у них становится уже угрожаемой для жизни. Операцией же выбора при язвах ДПК считают дуоденопластику, а желудка – гастропластику. Но без коррекции секреции соляной кислоты, любая из них обречена на неудачу [4, 5].

Цель. Изучить особенности хирургического лечения КЯГДЗ у лиц старческого возраста, так как данному вопросу в медицинской литературе уделено мало внимания.

Материалы и методы. За последние 5 лет в хирургических отделениях КГЦ БСМП находилось на лечении 9958 пациентов с КЯГДЗ, из которых у 86 (0,87%) возраст был от 75 до 93 лет. Женщин было 44 (51,2%), мужчин – 42 (48,8%). Из 86 пациентов у 9 (10,5%) при поступлении наблюдалось тяжелое профузное кровотечение. При фиброгастродуоденоскопии в полости желудка у них обнаружен массивный кровяной сгусток, из под которого поступала алая кровь. Эндоскопически удалить сгусток было невозможно. Сложившаяся ситуация потребовала выполнения экстренной операции. Только после ручного удаления из полости желудка сгустков и жидкой крови удалось определить и охарактеризовать источник кровотечения, то есть как F 1a. Прошивание сосуда в язве, а затем выполнение органосохраняющей операции позволили остановить кровотечение, но развившаяся полиорганная недостаточность на фоне тяжелого геморрагического шока привела больных к гибели. У остальных 77 (89,6%) пациентов удалось выполнить фиброгастродуоденоскопию, во время которой источник кровотечения как F 1a определен у 19 (22,1%), F 1b – у 28 (32,5%), F 1a – у 19 (22,1%), F 1b – у 11 (12,8%). У 21 (24,4%) пациента (у 15 из них источник кровотечения был определен как F 1a, а у 6 – как F 1b) первичная эндоскопическая остановка кровотечения не увенчалась успехом, и им пришлось выполнить экстренную операцию. У остальных 56 (67,5%) пациентов манипуляции на очаге кровотечения дали положительный эффект, но у 36 (41,8%) из них через 1- 2 суток оно возобновилось вновь, что потребовало выполнения отсроченного хирургического вмешательства.

Таким образом, из 86 пациентов стойкого местного гемостаза удалось достигнуть лишь у 20 (23,2%). Следует отметить, что у всех этих пациентов через 2-4 суток осмотр гастродуоденальной зоны повторялся. Эта манипуляция позволила определить не только сам характер заживления язвы, но и целесообразность выполнения оперативного лечения с онкологических позиций.

Оперативное лечение пришлось выполнить у 66 (76,8%) больных, при этом были выполнены следующие операции: 1) мостовидная дуоденопластика – у 22 (33,3%)

пациентов; умерло 14 (66%), 2) сегментарная дуоденопластика - у 15 (22,2%); умерли все (100%), 3) экономное иссечение язвы желудка - у 22(33,3%); умерло 15 (66%), 4) гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда в язве – у 7; умер 1 (14,3%).

Эндоскопическая остановка кровотечения проводилась путем орошения язв 70° спиртом, капрофером и 5% раствором Σ - аминокaproной кислоты. В комплексную терапию были включены кровоостанавливающие препараты (5% раствор Σ - аминокaproной кислоты, дицинона раствор, свежемороженая плазма, 1% раствор викасола). Заместительные трансфузии эритроцитарной массы производились по жизненным показаниям и они были в объеме 500 - 1500 мл. Коллоидные и кристаллоидные растворы вводились с учетом правила «3:1», то есть 1мл потерянной крови замещался 3 мл кристаллоидов. Переливание же самих растворов проводили в соотношении 1:3. После остановки кровотечения в течение 2 и более недель назначали антисекреторные и антацидные препараты. В продолжение 7-10 дней осуществляли антихеликобактерную терапию.

Для уточнения значения способа хирургической коррекции, рассматриваемых патологических процессов, был проведен сравнительный анализ результатов оперативного лечения 557 больных зрелого возраста, страдающих этим же заболеванием (таблица 1).

Таблица 1

Сведения о характере произведенных операций и их исходе у лиц зрелого возраста

№№ П/П	Вид хирургического вмешательства	Всего	% к общему числу операций	Из них умерло Количество и % к числу этих операций
1	Клиновидная резекция желудка	126	22,6	18 (14,28%)
2	Дистальная резекция желудка	95	17,0	9(9,47%)
3	Проксимальная резекция желудка	6	1,0	2(33,33%)
4	Гастрэктомия	1	0,17	-
5	Гастротомия	9	1,61	1(11,11%)
6	Гастроэнтероанастомоз	1	0,17	-
7	Реконструктивная резекция желудка	16	2,87	1(6,25%)
8	Лапаротомия	5	0,89	5(100%)
9	Селективная проксимальная ваготомия	5	0,89	-
10	Стволовая ваготомия с пилоропластикой	7	1,25	-
11	Мостовидная дуоденопластика	221	39,7	18(8,14%)
12	Сегментарная изолированная дуоденопластика	25	4,48	9(36,0%)
13	Дуоденопластика + селективная проксимальная ваготомия	40	7,18	4(10,0%)
	ИТОГО	557	100	67(12,02%)

Table 1

Provides information on the nature of the transactions and their outcome in people coming of age

№	Type of surgery	Total	% of the total number of operations	Of them died the number and% of these operations
1	Wedge resection of the stomach	126	22,6	18 (14,28%)
2	Distal gastrectomy	95	17,0	9(9,47%)
3	Proximal gastric resection	6	1,0	2(33,33%)

4	Gastrectomy	1	0,17	-
5	Gastrotomija	9	1,61	1(11,11%)
6	Gastroenteroanastomosis	1	0,17	-
7	Reconstructive gastric resection	16	2,87	1(6,25%)
8	Laparotomy	5	0,89	5(100%)
9	Selective proximal vagotomy	5	0,89	-
10	Truncal vagotomy with pyloroplastikoj	7	1,25	-
11	Mostovidnaja duodenoplastika	221	39,7	18(8,14%)
12	Segmental insulated duodenoplastika	25	4,48	9(36,0%)
13	Duodenoplastika + selective proximal vagotomy	40	7,18	4(10,0%)
	TOTAL	557	100	67(12,02%)

Как явствует из таблицы 1, наибольшая летальность была отмечена при сегментарной дуоденопластике (36%) и проксимальной резекции желудка (33,3%). При других же видах хирургического пособия показатели летальности были примерно одинаковыми. Средний возраст у умерших был $64,1 \pm 2,5$ лет, то есть он приближался к старческому. Сравнительный анализ результатов выживаемости у различных групп пациентов проводился с учетом балльной оценки индекса тяжести по АРАСНЕ -II с включением 8 факторов. У всех погибших пациентов наблюдалась 3-я степень тяжести (более 30 баллов). Из 67 умерших у 23 (34,3%) причина смерти была связана с несостоятельностью швов анастомоза, что составляет 4% к общему числу оперированных больных. Причиной смерти у остальных пациентов (44) явились: острая сердечно-сосудистая недостаточность – у 27, почечно-печеночная недостаточность – у 14, эмболия легочной артерии – у 3.

Результаты. Таким образом, из 86 пациентов старческого возраста умерло 47(55%), из них летальный исход на фоне нестабильного местного гемостаза наступил у 44 (летальность 66,6%), а стабильного - у 3 (15%). Наиболее неблагоприятный исход оперативного лечения наблюдался при сегментарной дуоденопластике. Причину такой неудачи можно объяснить натяжением сшиваемых тканей при наложении анастомоза. Однако ведущей причиной смерти были тяжелые сопутствующие заболевания, хирургическая агрессия лишь усиливала декомпенсацию защитных сил организма. Даже щадящие методики лечения оказывались непереносимыми этими пациентами.

Заключение. Язвенные кровотечения в старческом возрасте у мужчин и женщин встречаются примерно одинаково, а неблагоприятные исходы лечения наступают в 4,5 раза чаще, чем у пациентов зрелого и пожилого возраста. Это диктует необходимость осуществления у них своевременной диагностики язв гастродуоденальной зоны с проведением превентивных комплексных лечебных мероприятий.

1. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением, и *Helicobacter pylori* //CONSILIUM medicum (приложение). - 2002. - №3. - С. 6-11.
2. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // Хирургия CONSILIUM medicum (приложение). - 2004, - №1, - С.29-31.
3. Кузнецов Н.А. Современные технологии лечения острой кровопотери //CONSILIUM medicum. - 2003. - №6. - С.347-357.
4. Маев И.В., Самсонов А.А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии // CONSILIUM medicum (приложение). - 2004. - №1. - С.6-11.
5. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. - Краснодар, - 1995, - 293с.
6. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, глава XV, «Триада-Х», Москва – 2008, - с.526-526.

7. Bone RC Immunologic dissonance: a continuing evolution in our understanding of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and the multiple organ dysfunction syndromes (MODS) // ANN intern Med. - 1996. - 125(8). - 680- 687.
8. Wang P., Chaudri I.H. Crystalloid resuscitation restores but does not maintain cardiac output following severe hemorrhage // J. Surg. Res. -1991. - 50. - 163-9.