

ХИРУРГИЯ

УДК 616.33-002.44-072.7(045)

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

В.И. Мидленко – ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, директор института медицины, экологии и физической культуры, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор; **А.В. Смолькина** – ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, доцент кафедры госпитальной хирургии Института медицины, экологии и физической культуры, кандидат медицинских наук; **С.И. Барбашин** – ММУ «Городская поликлиника №7», г. Ульяновск, главный врач. E-mail: antonina-ul@mail.ru

Проведён анализ результатов лечения 319 больных с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них 223 пациента в возрасте 60 лет и старше, а 96 – больные молодого и среднего возраста. Описано предоперационное и послеоперационное ведение больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста с применением управляемой медикаментозной симпатической денервации в предоперационном периоде, а также воздействием переменного магнитного поля на абдоминальное нервное сплетение аппаратом «Магнитер». Предложен алгоритм ведения больных пожилого и старческого возраста с данной патологией. В результате исследования выявлено достоверное снижение частоты развития послеоперационных осложнений, облегчение течения послеоперационного осложнения при его развитии, более раннее улучшение клинико-лабораторных и инструментальных показателей у больных пожилого и старческого возраста с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, а также уменьшение послеоперационной летальности и сокращение сроков пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: язвенная болезнь, осложнения, лечебно-диагностическая тактика.

CURATIVE AND DIAGNOSTIC TACTICS IN COMPLICATED FORMS OF GASTRODUODENAL ULCER DISEASE IN PATIENTS OVER 60

V.I. Midlenko – Ulyanovsk State University, Director of Institute of Medicine, Ecology and Physical Training, Head of Department of Hospital Surgery, Honoured Worker of Higher School of the Russian Federation, Doctor of Medical Science, Professor; **A.V. Smolkina** – Ulyanovsk State University, Department of Hospital Surgery of Institute of Medicine, Ecology and Physical Training, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **S.I. Barbashin** – Ulyanovsk City Polyclinic № 7, Head Physician. E-mail: antonina-ul@mail.ru

The analysis of the treatment results of 319 patients with complicated forms of gastroduodenal ulcer disease has been carried out. The group is formed by the 223 patients over 60 years old and 96 young and middle-aged patients. The description of preoperative and postoperative treatment with application of the controlled sympathetic medication denervation of the elderly and aged people with complicated forms of gastroduodenal ulcer disease in the preoperative period and the exposure of the abdominal nerve plexus to alternative magnetic field of "Magniter" device have been provided. The treatment algorithm of elderly and aged people with such pathology has been introduced. The results of the research have revealed reliable decrease in postoperative complications development incidence, postoperative complication development relief, earlier improvement of the clinical, laboratory and instrumental indices in elderly and aged patients with complicated forms of gastroduodenal ulcer disease, and also postoperative mortality decrease and cuts of the patients' stay period in hospital.

Key words: gastroduodenal ulcer disease, complications, curative and diagnostic tactics.

Язвенная болезнь является одним из самых распространенных хронических гастроэнтерологических заболеваний. До 5 % населения земного шара страдает язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. При современном консервативном лече-

нии дуоденальных язв их заживления можно добиться у 90% больных. Но стойкие результаты консервативного лечения, даже на фоне современной противоязвенной терапии, наблюдаются лишь у 40% пациентов, а рецидив заболевания возникает у 60% боль-

ных [3, 1], и с возрастом имеется тенденция к снижению положительных результатов лечения. У 50–60% больных развиваются осложнения язвенной болезни, а в старших возрастных группах этот процент значительно увеличивается. Старение – закономерный процесс естественной инволюции организма, распространяясь на физиологические механизмы гомеостаза, формирует совокупность метаболических, структурно-функциональных, дисрегуляторных изменений, ограничивающих адаптационно-компенсаторные возможности организма. Инволюционная дестабилизация адаптации вызывает декомпенсацию имеющихся хронических заболеваний, которые, в свою очередь, интенсифицируют процессы старения, замыкая порочный круг [4, 2, 1]. Особенности физиологии стареющего организма находят отражение в механизмах развития, течения и результатах лечения осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных преклонного возраста.

С одной стороны, больные старше 60 лет плохо переносят острую кровопотерю или перфорацию, что диктует необходимость оказания экстренной помощи по остановке кровотечения или ушивания перфорации язвы, с другой стороны, такая помощь, в частности, хирургическое вмешательство, может привести к не менее грозным последствиям, ограничивая диапазон возможностей хирурга [5, 1].

Цель исследования – улучшить результаты оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки путем применения управляемой медикаментозной симпатической денервации и магнитотерапии.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на клинической базе кафедры госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета в клинической больнице скорой медицинской помощи г. Ульяновска и Областной клинической больнице г. Ульяновска.

Под наблюдением с 1995 по 2006 г. находились 319 больных с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в возрасте от 18 до 87 лет. Из них в процессе лечения обследовано 223 пациента 60 лет и старше, а 96 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) составили дополнительную группу в возрасте от 18 до 59 лет включительно, набранную с целью сравнения состояния свертывающей системы при ЯГДК в пожилом и старческом возрасте и у лиц более молодого возрастного контингента.

Среди старших возрастных групп у 110 больных язвенная болезнь осложнилась гастродуоденальным кровотечением, у 54 больных – перфорацией язвы, у 12 больных – стенозом луковицы ДПК, у 34 – пенетрацией в поджелудочную железу, гепатодуоденальную связку или малый сальник у 13 больных выявлена малигнизация язвы желудка. Среди больных с язвенной болезнью желудка и ДПК, осложненных кровотечением, было оперировано 59 (54%) человек, а 51 пациент с тяжелой сопутствующей патологией пролечен консервативно с применением различных методик эндоскопического гемостаза. Больные с малигнизацией язвы желудка были направлены на оперативное лечение в Областной онкологический диспансер.

Таким образом, под нашим наблюдением оперировано 159 (71%) больных. Всем пациентам проводи-

ли клиническое обследование по общепринятой схеме. Характер язвенного процесса, его локализация уточнялись при фиброгастродуоденоскопии (ФГДС).

У 40 больных с целью профилактики постгастрорезекционного панкреатита, гастростаза, лечения параеза кишечника в предоперационном периоде выполнена управляемая медикаментозная симпатическая денервация (УМСД). При комплексном лечении 42 пациентов были использованы УМСД и магнитотерапия аппаратом «Магнитер» на область 7–8 грудных позвонков (основная группа). В послеоперационном периоде 77 больным проводили общепринятую схему лечения сопутствующей патологии (группа сравнения). Лечебно-диагностическая тактика была различна в зависимости от осложнений язвенной болезни. При перфорации в экстренном порядке проводилось оперативное лечение, больным с кровотечением выполняли диагностическую и лечебную ФГДС, при продолжающемся кровотечении проводили экстренную операцию, а при остановившемся кровотечении больных оперировали по срочным показаниям или в плановом порядке. При этом больным в группе сравнения назначалась общая гемостатическая терапия, а больным основной группы проводился местный гемостаз клеевыми аппликациями с тромбином. Для восполнения объема циркулирующей крови по показаниям назначались инфузии растворов кристаллоидов и коллоидов, при выраженной кровопотери больным переливались плазма и отмытые эритроциты.

Параллельно с обследованием всем больным проводилась предоперационная подготовка, лечение сопутствующих заболеваний. В комплексном лечении больных основной группы была применена управляемая медикаментозная симпатическая денервация, а также воздействие перемещенного поля на абдоминальное нервное сплетение аппаратом «Магнитер». С целью профилактики пострезекционных осложнений 40 больным в дооперационном периоде проводилась управляемая медикаментозная симпатическая денервация путём катетеризации левого паравerteбрального пространства (рис.1). Катетер устанавливается за 30 мин. до оперативного вмешательства (резекции желудка).

В положении больного сидя, выпрямившись, ориентировались на остистый отросток XII грудного позвонка, находящийся на линии, соединяющей нижние углы лопаток. Далее перемещались на один позвонок вниз до XIII грудного позвонка. Катетер устанавливали на этом уровне с целью воздействия как на ганглии, образующие левый большой чревной нерв, так и на ганглии, образующие левый малый чревной нерв. Отступая влево от остистого отростка на 3 см, производили обезболивание кожи Sol. Novocaini 0,5% – 5ml, а затем глубже лежащих тканей обычной инъекционной иглой длиной 4 см тем же раствором в количестве 5–10 мл. Иглой типа Тучохи (для эпидуральной анестезии) доходили до поперечного отростка IX грудного позвонка и, обходя его сверху, прокалывали верхнюю реберно-поперечную связку (ощущение утраты сопротивления). Далее производили катетеризацию левого паравerteбрального пространства по Сельдингеру. Вводили проводник, удаляли иглу, по проводнику устанавливали тефлоновый катетер (как для подключичной катетеризации) диаметром 1 мм и длиной 15 см, по которому вводился 2% раствор новокаина в количестве 20 мл.

Данную технику считаем наиболее безопасной, так как игла Туохи имеет скошенный край и мандрен, а краниальное направление иглы при огибании поперечного отростка сверху позволяет избежать прокола плевры и развития пневмоторакса. Катетер фиксировали пластырем к коже. В послеоперационном периоде 2% раствор новокаина вводили в количестве 20 мл через 8 часов 3 раза в сутки.

Общезорбтивного действия мы не наблюдали ввиду малой абсорбции из паравертебрального пространства. Отмечали значительное уменьшение послеоперационной боли, что позволило в нескольких случаях отказаться от введения наркотических анальгетиков. Введение новокаина проводили в течение 3–5 суток послеоперационного периода, затем катетер безболезненно удаляли, осложнений не отмечено.

В случае возникновения пострезекционных осложнений после операции УМСД применялась в комплексном лечении данного осложнения. Для купирования пареза желудочно-кишечного тракта и улучшения трофики тканей при анастомозитах мы использовали воздействие переменного магнитного поля на чревное нервное сплетение. Аппарат «Магнитер» устанавливали на область XII грудного позвонка на 20 мин один раз в день в течение 4–5 дней послеоперационного периода. Режим работы аппарата переменный, индукция 30 мТл.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде 18 больным на фоне стандартного комплекса лечебных мероприятий разработанным нами способом применялась магнитотерапия. Для оценки физиологических механизмов лечебного действия некоторым больным во время операции устанавливался зонд диаметром 5 мм и длиной 1,5 м в вертикальный отдел двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по Бильрот-1 и на 30 см в отводящую петлю, если выполнялась резекция по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера. В послеоперационном периоде, начиная с первых суток, производилось изучение внутрикишечного давления методом открытого катетера до, во время и после сеанса магнитотерапии.

В основной группе данная методика применена у 18 больных, из которых 9 человек прооперированы по способу Бильрот-1 и 9 – по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера. Группу сравнения составили 18 больных в том же соотношении по методу резекции, сопоставимые по полу, возрасту и не получавшие магнитотерапию. Внутридуоденальное давление у больных в первые 3 суток после резекции по Бильрот-1 составляло от 110 до 380 мм вод ст. Внутрикишечное давление в эти же сроки после операции по Бильрот-2 колебалось от 45 до 110 мм вод ст. Через 15 мин после начала магнитотерапии отмечено повышение как внутридуоденального давления после операции по способу Бильрот-1, так и внутрикишечного давления при операции по Бильрот-2 по сравнению с его уровнем до процедуры. Указанное действие магнитотерапии отмечено в течение 17–20 мин. Далее наблюдается постепенное уменьшение внутрипросветного давления, достигающее минимального значения через 30 мин после окончания процедуры у пациентов, оперированных по Бильрот-1. Через 30 мин в основной группе оперированных по методу Бильрот-2 статистически достоверных отличий по сравнению с уровнем давления до сеанса магнитотерапии в начальном отделе

тощей кишки не выявлено ($P_1 = 3,4 \pm 5,6$ мм вод. ст., $P_2 = 5,2 \pm 4,1$ мм вод. ст., $P > 0,05$).

Чтобы оценить механизм физиологического действия переменного магнитного поля сразу по окончании сеанса магнитотерапии, на третьи сутки от начала лечения в двенадцатиперстную или тощую кишку (в зависимости от способа резекции) вводили 100 мл физиологического раствора в течение двух минут. Внутридуоденальное давление после резекции по Бильрот-1 возрастало в среднем на $25,8 \pm 1,1\%$ в основной группе и на $31 \pm 1,3\%$ в группе сопоставления ($P < 0,05$). Среди больных, оперированных по способу Бильрот-2, достоверных отличий в уровне повышения внутритощекишечного давления не отмечено ($12,5 \pm 15,5$ и $20,3 \pm 12,4\%$, где $P < 0,05$). Нормализация внутридуоденального давления в группе, получающей магнитотерапию, происходила через $26 \pm 1,2$ мин, а в группе сопоставления – через $36,6 \pm 1,7$ мин ($P < 0,05$).

Быстрее происходила нормализация внутрикишечного давления и в группе получавших магнитотерапию после резекции по методу Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера; $30,3 \pm 1,1$ мин против $37,1 \pm 1,5$ мин в группе сравнения ($P < 0,05$). Применение магнитотерапии позволило получить достоверный клинический эффект у всех больных в основной группе вне зависимости от способа резекции.

Таким образом, в послеоперационном периоде у больных с осложненной язвенной болезнью желудка и ДПК были выявлены осложнения в обеих группах, но значительно больше их в группе сравнения. В послеоперационном периоде в основной группе умерло 4 человека, послеоперационная летальность составила 9,5%. А в группе сравнения по разным причинам умерло 13 пациентов, соответственно послеоперационная летальность составила 16,9%. Стоит отметить не только снижение послеоперационной летальности, но и более благоприятное течение послеоперационного периода у больных основной группы, что привело к уменьшению периода пребывания больных в стационаре на 4–6 дней.

С целью профилактики острого панкреатита после резекции желудка, гастростаза, дуоденостаза и динамической кишечной непроходимости после операции нами применена управляемая медикаментозная симпатическая денервация (УМСД). Сорока больным основной группы, поступившим в клинику с осложнённым течением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, за 30 мин до операции и в течение 2–3 суток после операции проводилась УМСД.

Значения лабораторных и инструментальных показателей основной группы достоверно отличались от показателей группы сравнения, что дало возможность судить о положительном эффекте магнитотерапии и управляемой медикаментозной симпатической денервации на фоне базисной терапии в послеоперационном периоде у больных пожилого и старческого возраста с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Применение данного метода лечения позволило:

- 1) снизить частоту развития послеоперационных осложнений;
- 2) облегчить течение послеоперационного осложнения при его развитии;
- 3) добиться более раннего улучшения клинико-лабораторных и инструментальных показателей у больных пожилого и старческого возраста с ослож-

ненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки;

- 4) уменьшить послеоперационную летальность;
- 5) сократить сроки пребывания больных в стационаре.

При изучении свертывающей системы крови молодых и пожилых пациентов можно с уверенностью констатировать, что при язвенных гастродуоденальных кровотечениях возникает выраженный дисбаланс показателей свертывающей системы крови с захватом звеньев как тромбоцитарно-сосудистого, так и коагуляционного гемостаза, усугубляющийся в пожилом и старческом возрасте. С прогрессированием гиповолемии нарастают признаки развития ДВС-синдрома, о чем при тяжелой кровопотере и, в меньшей степени, при средней тяжести кровопотери свидетельствует разнонаправленный характер гемостазиологических расстройств (сочетание признаков гипер- и гипокоагуляции одновременно), а также выявление положительных паракоагуляционных тестов. С целью оценки влияния на показатели гемокоагуляции характера проводимой гемостатической терапии нами была изучена динамика изменений гемостазиограмм пациентов, которым в комплексном лечении назначались гемостатические препараты системного действия, и пациентов основной группы, которым системные прокоагулянты принципиально не назначались.

В подавляющем большинстве случаев более выраженная динамика нормализации показателей свертывающей системы крови отмечена в группе больных с ЯГДК, в комплексном лечении которых не использовались гемостатические препараты системного действия. Статистически значимые различия выявлены при расчете средних величин фибринолитической активности плазмы ($p < 0,02$), активности фибриназы ($p < 0,02$), времени аутокоагуляционного теста на 10 минуте ($p < 0,01$), толерантности плазмы к гепарину ($p < 0,01$).

Отмеченные изменения характеризовали тенденцию к нормализации гемокоагуляции по наиболее значимым и чувствительным параметрам (активность фибринолитической и противосвертывающей систем, динамика аутокоагуляционного теста и XIII фактора свертывания крови) и демонстрировали эффективность избранной нами терапевтической стратегии лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений

на фоне отказа от назначения системной гемостатической терапии. При проведении профилактики и адекватного лечения послеоперационных осложнений использовался разработанный нами алгоритм, позволивший оптимизировать лечебные мероприятия, направленные на предотвращение и лечение осложнений после операций на желудке и ДПК (рис.2).

Выводы.

1. Наиболее частыми послеоперационными осложнениями у пациентов пожилого и старческого возраста являются пострезекционный панкреатит, динамическая кишечная непроходимость и осложнения со стороны сердечно-легочной недостаточности.

2. У больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, наблюдаются более значительные нарушения функции свертывающей системы крови, чем у пациентов моложе 60 лет. Выраженность расстройств гемокоагуляции и их характер зависят от степени тяжести кровопотери и метода остановки кровотечения.

3. Отказ от назначения пациентам старших возрастных групп гемостатических препаратов системного действия при эффективном эндоскопическом местном гемостазе является патогенетически обоснованным и позволяет уменьшить риск возникновения тромбоэмболических осложнений.

4. Применение управляемой медикаментозной симпатической денервации на уровне VIII-IX грудных позвонков за тридцать минут до операции, в ходе оперативного вмешательства и первые двое суток после операции позволяет уменьшить частоту развития послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста.

5. Управляемая медикаментозная симпатическая денервация, магнитотерапия на уровне VII-VIII грудных позвонков в комплексном лечении осложнений после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке по поводу осложненной язвенной болезни у пациентов старше 60 лет позволяют ускорить положительную динамику основных клинико-лабораторных показателей, уменьшить число повторных операций при лечении осложнений, снизить послеоперационную летальность и сократить сроки лечения больных.

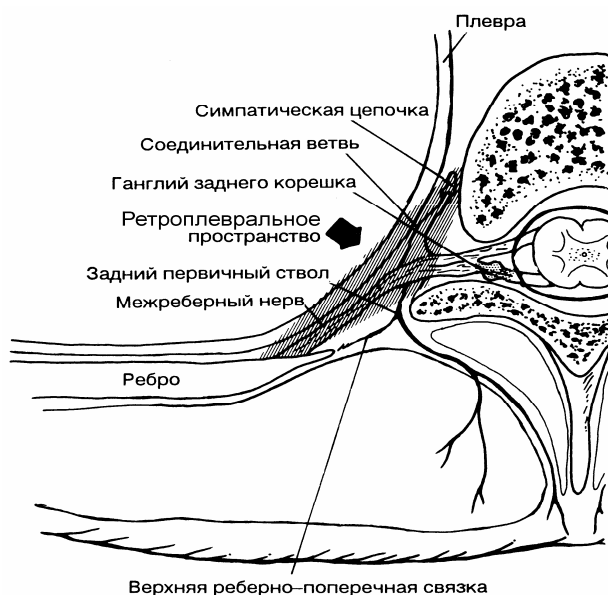


Рис. 1. Схема паравертебрального (ретроплеврального) пространства

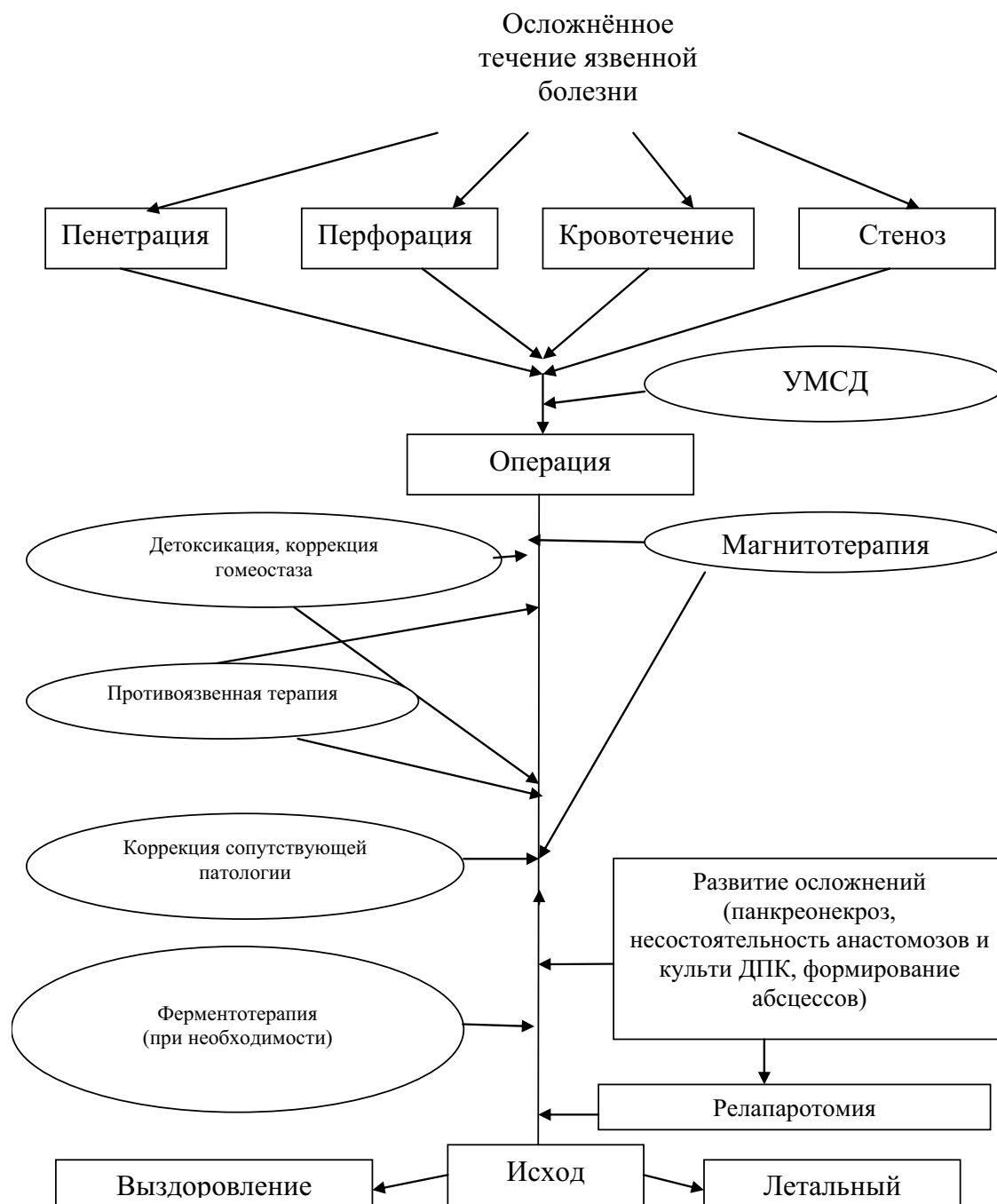


Рис. 2. Алгоритм лечения больных пожилого и старческого возраста с осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Брискин, Б.С. Хирургические болезни в гериатрии: Руководство для врачей / Б.С. Брискин, С.Н. Пузина, Л.Н. Костюченко. – М., 2006. – 336 с.
2. Мирошников, Б.И. Язвенное гастродуоденальное кровотечение у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями / Б.И. Мирошников, Н.С. Чечурин // Вестник хирургии. – 2000. – №1. – С.106-109.

3. Осипов, В.В. Нейросетевая модель определения лечебной тактики у больных язвенной болезнью / В.В. Осипов, В.П. Петров, С.В. Есин, Е.Н. Тимин // Хирургия. – 2004. – №2. – С.8.
4. Ткаченко, Б.И. Основы физиологии человека / Б.И. Ткаченко. Т.2. СПб., 1994. – 412 с.
5. Donahue P., Nyhus L. Massive upper gastrointestinal hemorrhage in surgery of the Esophagus, Stomach and Small Intestine (5th edition) / P. Donahue, L. Nyhus. – Boston: Little Brown, 1995. – 324 p