

Отдаленные результаты радикальных органосохраняющих операций в лечении перфоративных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста

Ю.С.ВИННИК, Н.А.ЧАЙКИН, А.Н.АКСЮТЕНКО, С.И.ПЕТРУШКО, О.А.КОЛЕСНИЦКИЙ, О.В.ТЕПЛЯКОВА

The long-term results of radical organpreserving operations compared with resection of the stomach and suturing in elderly patients with complicated gastroduodenal ulcer

Yu.S.VINNIK, N.A.CHAIKIN, A.N.AKSYUTENKO, S.I.PETRUSHKO, O.A.KOLESNITSKY, O.V.TEPLYAKOVA

Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого
Городская клиническая больница №7, г. Красноярск

Исследование посвящено оценке качества жизни и отдаленных результатов оперативного лечения перфоративных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста. Полученные отдаленные результаты свидетельствуют о значительном преимуществе радикальных органосохраняющих операций в сравнении с ушиванием язв и резекцией желудка. Качество жизни пациентов старше 60 лет, перенесших радикальную органосохраняющую операцию, остается высоким, а синдромы, характерные для состояния после резекции или ушивания, в отдаленном периоде беспокоят больных значительно реже.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв, пожилой и старческий возраст, отдаленные результаты, качество жизни

Long-term results show a significant superiority of radical organpreserving operations compared with suturing and stomach resection in elderly patients with perforated gastroduodenal ulcer. Quality of life after radical operations in patients older 60 years is remaining high. The long-term syndromes specific to the patients condition after resection or suturing present in minimal percents of cases.

Key words: stomach and duodenal ulcer, surgical treatment of perforated gastroduodenal ulcers, elderly age, long-term results, quality of life

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает одно из первых мест в структуре заболеваний органов пищеварительного тракта [15, 29]. Эта патология признана главной проблемой гастроэнтерологии XX века [11, 30]. Современные методы консервативной терапии не снижают частоту развития осложнений язвенной болезни, а лишь отодвигают их на более старший возраст [17].

В Российской Федерации доля лиц пожилого и старческого возраста в общем количестве страдающих язвами желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 35–50% [3, 26]. В возрастной группе старше 60 лет хирурги сталкиваются исключительно с осложненными формами язвенной болезни, что, несомненно, ухудшает результаты лечения [1]. Именно эти больные определяют уровень послеоперационной летальности, который в пожилом и старческом возрасте составляет 15–25%, а при экстренных вмешательствах приближается к 55–65% [6, 28].

Одним из наиболее частых и опасных осложнений язвенной болезни является перфорация, встречающаяся у 10–15% больных [18], при этом у 0,6–5,5% пациентов имеют место повторные прободения [4,

33]. Количество операций по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы на протяжении последних десятилетий держится на уровне 7,5–13,0 на 100000 человек с уровнем летальности от 5,0 до 20,2% [4, 9].

По данным Министерства здравоохранения Красноярского края, за последние пять лет уровень послеоперационной летальности при гастродуоденальных перфорациях в крае увеличился с 5,3 до 7,1%, а среди пациентов, доставленных позднее 24 часов от начала заболевания – с 10,5% в 2005 году до 17,8% в 2009 [27]. Рост летальности по сравнению с 2005 годом в Красноярском крае связан с увеличением доли больных в возрасте более 60 лет.

Вопросы хирургической тактики при осложненных гастродуоденальных язвах в настоящее время остаются дискуссионными; еще более спорным является определение условий, объема и способа выполнения операции у пожилых пациентов [12, 14, 31]. В условиях распространенного перитонита позиция большинства хирургов однозначна и выражается в минимализации объема вмешательства, во всех других случаях возникает проблема выбора паллиативного или радикального характера операции. Согласно боль-

шинству рекомендаций, в возрасте больного более 60 лет предпочтительно ушивание перфоративного дефекта как наименее травматичного вмешательства [15, 18, 23]. По другим представлениям, учитывая высокий риск малигнизации, операцией выбора при хронической язве у пожилого больного является резекция желудка [5, 7, 10, 13, 19]. В пользу этой точки зрения свидетельствует и анализ отдаленных результатов паллиативных операций: рецидивы язвообразования с последующим развитием осложнений, требующих проведения новых экстренных и срочных операций, возникают у 25–75% пациентов, перенесших ушивание [1]. Результаты повторных вмешательств, как паллиативных, так и резекционных, выполняемых в 20–40% случаях, остаются неутешительными [7, 20, 21, 35].

Эффективность первично выполняемых радикальных органоразрушающих операций также не может быть признана удовлетворительной [4]. Летальность после выполнения резекции желудка в плановом порядке составляет 2–5% и многократно возрастает с увеличением степени операционно-анестезиологического риска. В отдаленные сроки разнообразными проявлениями болезни оперированного желудка, существенно снижающими качество жизни и ее продолжительность, страдают не менее 40–50% больных [19]. Значительная частота летальных исходов и функциональных нарушений после резекции желудка позволяет заключить, что у больных пожилого и старческого возраста, особенно в экстренной ситуации, этот вариант вмешательства не может быть операцией выбора [1, 4].

В последние годы, в хирургию осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки активно внедряются операции, сохраняющие привратниковый жом [8, 13, 34]. Восстановление целостности привратника позволяет обеспечить нормальную эвакуаторную функцию и предотвратить дуоденогастральный рефлюкс [24, 25]. В отечественных и зарубежных источниках встречается множество модификаций органосохраняющих операций. Несмотря на имеющийся опыт, их отдаленные результаты в лечении осложненной язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста исследованы недостаточно [2, 3, 8, 15, 20, 22, 32].

Целью исследования явилось сравнение отдаленных результатов и качества жизни у больных пожилого и старческого возраста, перенесших ушивание дефекта, дистальную резекцию желудка или радикальные органосохраняющие операции по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 159 пациентов, оперированных в экстренном порядке по поводу гастродуоденальных перфораций на клинических базах кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профес-

сора В.Ф.Войно-Ясенецкого за последние пять лет (с 2005 по 2009 гг.). Кроме диагноза основного заболевания критерием включения пациентов в исследование являлся возраст: у мужчин от 60 до 89 лет, у женщин – от 55 до 89. В качестве критериев исключения рассматривали давность заболевания свыше 24 часов, наличие разлитого гнойного перитонита, декомпенсированной сопутствующей патологии, злокачественных новообразований в анамнезе или по результатам гистологического анализа биоптата язвы, отсутствие заключения гистолога о характере патологического процесса в зоне язвенного дефекта.

Количество мужчин среди обследуемых в 2,4 раза превышало численность женщин. Средний возраст пациентов составил $67,8 \pm 5,4$ лет. Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями являлись артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца. Тяжесть состояния больных по шкале SAPS-II варьировала от 20 до 26 баллов, что соответствовало диапазону прогнозируемой летальности 3,7–7,2%.

Большинству пациентов (85 – 53,5%) хирургическая помощь была оказана в течение первых шести часов с момента начала заболевания (рис. 1).

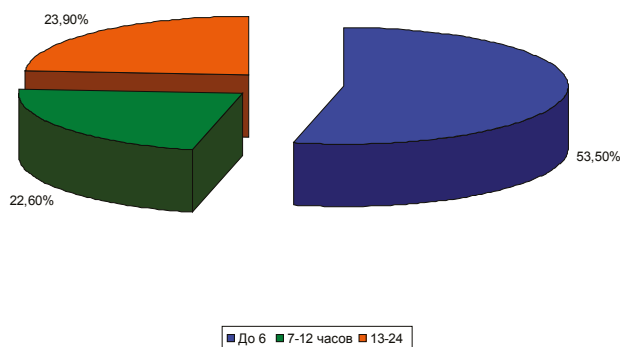


Рис. 1. Сроки выполнения операции с момента манифеста гастродуоденальной перфорации.

В соответствии с целью исследования ретроспективно были выделены три клинических группы (табл. 1). Первую составили 39 пациентов (24,5%), перенесших дистальную резекцию 2/3 желудка по Т. Billroth-I с наложением гастродуоденоанастомоза «конец в конец» (21 – 53,8%, рис. 2), Т. Billroth-II в модификациях D. Balfour (16 – 41%) и F. Hofmeister-H. Finsterer (двое больных). Пациентам второй группы (74 – 46,5%) выполнено ушивание язвенной перфорации по И.И. Неймарку (69 – 93,2%) и В.А. Оппелю-С.Н. Поликарпову (5 – 6,8%). Больным третьей группы (46 – 28,9%) была произведена радикальная органосохраняющая операция: иссечение язвенного дефекта с гастро- или дуоденопластикой по В.И. Оноприеву, футлярной пилородуоденопластикой, в 26,1% случаев – в сочетании с селективной проксимальной ваготомией.

У 121 (76,1%) больного перфоративный дефект располагался в желудке, преимущественно – на малой кривизне тела (табл. 2). Наиболее частой локализацией дуоденальной перфорации явилась передняя стенка луковицы кишки.

Группы были сопоставимы по демографическому составу, тяжести состояния и давности перфорации ($p > 0,05$, табл. 3). Показаниями к выполнению радикальных операций являлись длительный язвенный анамнез с упорным рецидивирующим течением, каллезный характер язв и техническая невозможность ушивания перфоративного отверстия, сочетание перфорации с пилородуоденальным стенозом, наличие «зеркальных» язв двенадцатиперстной кишки (рис. 3), подозрение на малигнизацию желудочной язвы [16, 21].

Средняя продолжительность операций во второй группе (54,3: 42,4–70,4 мин.) достоверно отличалась от длительности операций в первой (94,4: 78,3–116,2 мин.) ($p < 0,05$). Статистически значимых различий указанного параметра во второй и третьей группах (78,6: 54,3–100,4), а также первой и третьей зафиксировано не было ($p > 0,05$).

Значение послеоперационной летальности составило 6,9% (11 больных), в том числе 7,7% в первой группе, 8,1% – во второй и 4,3% – в третьей. Основными причинами летальных исходов стали тяжелые экстраабдоминальные осложнения послеоперационного периода (табл. 4).

По результатам гистологического исследования у 145 пациентов (91,2%) патоморфологическая картина в

Таблица 1

Распределение больных по группам в зависимости от объема операции

| Группа | Характер и объем операции | Количество больных, абс. (%) |
|--------|---|------------------------------|
| Первая | Радикальная, в т. ч.: | 39 (24,5) |
| | дистальная резекция 2/3 желудка по Т.Биллрот-1, | 21 (53,8) |
| | дистальная резекция 2/3 желудка по Т.Биллрот-II-D.Balfour | 16 (41,0) |
| | дистальная резекция 2/3 желудка по Т.Биллрот-II-F.Hofmeister- Н.Finsterer | 2 (5,1) |
| Вторая | Паллиативная, в т. ч.: | 74 (46,5) |
| | ушивание перфорации по И.И.Неймарку | 69 (93,2) |
| | ушивание перфорации по В.А.Оппелю-С.Н.Поликарпову | 5 (6,8) |
| Третья | Радикальная органосохраняющая: | 46 (28,9) |
| | иссечение язвы с гастропластикой | 28 (60,9) |
| | иссечение язвы с мостовидной дуоденопластикой по В.И.Оноприеву | 11 (23,9) |
| | иссечение язвы с сегментарной дуоденопластикой по В.И.Оноприеву | 4 (8,7) |
| | иссечение язвы с футлярной пилородуоденопластикой, | 3 (6,5) |
| | в т.ч. с селективной проксимальной ваготомией | 12 (26,1) |

Таблица 2

Локализация перфоративного дефекта (количество больных, абс. /%)

| Локализация | Желудок, отдел | | | | ДПК |
|------------------|----------------|------------|------------|--------------|-----------|
| | Субкардиальный | Тело | Антральный | Пилорический | Луковица |
| Малая кривизна | | 72 /45,3/ | 14 /8,8/ | 4 /2,5/ | 6 /3,8/ |
| Большая кривизна | | 2 /1,3/ | 3 /1,9/ | | |
| Передняя стенка | | 4 /2,5/ | 5 /3,1/ | 12 /7,5/ | 32 /20,1/ |
| Задняя стенка | 2 /1,3/ | 3 /1,9/ | | | |
| Всего | | 121 /76,1/ | | | 38 /23,9/ |

Таблица 3

Характеристика больных в группах

| Группа | Характеристика больных | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------|---|---------------------------|
| | Соотношение муж./жен., абс. | Средний возраст (лет) | Среднее значение SAPS-II при поступлении (балл) | Давность перфорации (час) |
| Первая (n=39) | 28 / 11 (2,5) | 66,4 (60,2-72,1) | 22,3 (21,4-23,5) | 5,54 (2,87-8,51) |
| Вторая (n=74) | 51 / 23 (2,2) | 67,8 (60,5-74,1) | 23,1 (21,6-24,2) | 8,04 (4,52-11,07) |
| Третья (n=46) | 33 / 13 (2,5) | 69,5 (61,7-76,9) | 22,8 (20,9-24,4) | 6,36 (3,04-9,23) |

Причины послеоперационной летальности

| Причина | Группа, абс. (%) | | |
|--|------------------|---------------|---------------|
| | Первая (N=39) | Вторая (N=74) | Третья (N=46) |
| Прогрессирующий перитонит | | 2 (2,7) | 1 (2,2) |
| Несостоятельность анастомоза | 1 (2,6) | | |
| Послеоперационная пневмония | 1 (2,6) | 2 (2,7) | |
| ТЭЛА | | 1 (1,4) | 1 (2,2) |
| Острая сердечно-сосудистая недостаточность | 1 (2,6) | 1 (1,4) | |
| Всего | 3 (7,7) | 6 (8,1) | 2 (4,3) |

зоне биопсии соответствовала хронической язве с признаками рецидива.

В послеоперационном периоде больные, перенесшие ушивание перфоративной язвы, а также иссечение язвенного дефекта без селективной проксимальной ваготомии, получали ингибиторы протонной помпы (эзомепразол, омепразол) в составе одной из трехкомпонентных схем эрадикационной терапии. После выписки из стационара этим пациентам было рекомендовано продолжить энтеральный прием антисекреторных препаратов по согласованию с терапевтом-гастроэнтерологом.

Отдаленные результаты перенесенных операций оценены у 148 больных в сроки от 10 месяцев до 4,8 лет: продолжительность наблюдения больных не имела статистически значимых отличий в группах и составила в среднем $2,55 \pm 0,64$ года. Обследование включало сбор жалоб и уточнение анамнеза, анкетирование при помощи опросников «The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey» (MOS SF 36) и «Gastrointestinal Symptom Rating Scale» (GSRS), оценку объективного статуса, рентгеноэндоскопическое исследование желудка и ДПК, гистологическое исследование биоптатов стенки желудка. Отдаленные результаты операций характеризовали в соответствии с классификацией A.Visick (1948), модифицированной Н.Н.Крыловым (1997). Для получения среднепопуляционных показателей качества жизни дополнительно анкетировали 25 условно здоровых респондентов в возрасте старше 60 лет.

Для статистической обработки результатов исследования использовали методы описательной и вариационной статистики. Основными характеристиками описательной статистики являлись средняя арифметическая (M) и стандартное (σ) отклонения. Проверку соответствия анализируемых параметров нормальному распределению проводили с помощью критерия согласия (χ^2). Достоверность различий между группами при нормальном распределении количественных переменных рассчитывали, используя t -критерий Student. В случае распределения, отличающегося от нормального, для несвязанных выборок применялся U -критерий Mann-Whitney. Для расчетов применялись статистический пакет Microsoft Excel

для операционной системы Windows XP, программа Statistica 6.0 (StatSoft, Inc.).

Результаты и их обсуждение

Отличный результат выявлен у 14 (31,8%) пациентов, перенесших радикальные органосохраняющие операции, в том числе у 3 после футлярной пилородуоденопластики (рис. 4). Только 2 пациентов с отличным результатом (14,3%) перенесли селективную проксимальную ваготомию в сочетании с сегментарной дуоденопластикой по В.И.Оноприеву по поводу перфоративной язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, сочетавшейся с язвой на задней стенке. Иссечение язвенного дефекта с мостовидной дуоденопластикой по В.И.Оноприеву было выполнено у 2 пациентов, с гастропластикой – у 7. В пользу отличного результата свидетельствовало отсутствие жалоб и патологических изменений при эндоскопическом обследовании, восстановление нормальной моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки по результатам рентгеноскопии. Среди пациентов первой и второй групп отличных результатов хирургического лечения не наблюдалось.

Хороший отдаленный результат оперативного лечения отмечен у 25 (56,8%) пациентов после выполнения радикальной органосохраняющей операции, 16 из которых (64,0%) перенесли иссечение язвы с гастропластикой, 7 (28,0%) – мостовидную и 2 (8,0%) – сегментарную дуоденопластику по В.И.Оноприеву. «Вклад» антисекреторной операции (селективной проксимальной ваготомии) в сумму хороших отдаленных результатов лечения составил 36,0% (девять больных). Все обследованные считали себя здоровыми, но отмечали периодический дискомфорт, связанный с приемом некоторой пищи. При эндоскопическом исследовании у 19 (76,0%) обнаружены признаки хронического атрофического гастрита, хронического дуоденита. При рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки нарушений моторно-эвакуаторной функции выявлено не было.

Среди пациентов с ушиванием перфоративной язвы хороший результат в отдаленном периоде отмечен у 4 пациентов (5,9%), включая 3 – с локализацией перфорации в двенадцатиперстной кишке и одного



Рис. 2. Этап выполнения резекции 2/3 желудка по Т. Billroth-I: сформирован гастродуоденоанастомоз «конец в конец» с наложением однорядного узлового серозно-мышечно-подслизистого шва.

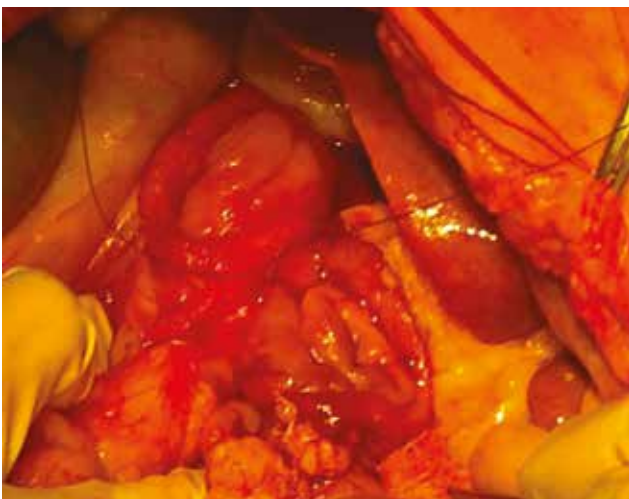


Рис. 3. Этап выполнения радикальной органосохраняющей операции: иссечение язв луковицы двенадцатиперстной кишки.

– с язвой желудка. После выписки из стационара эти пациенты не обращались за медицинской помощью, но при активном вызове предъявляли жалобы на периодически возникающую изжогу, отрыжку кислым содержимым, боли и тяжесть в эпигастальной и мезогастральной областях, связанные с приемом пищи. По мнению пациентов, выраженность этих симптомов не ограничивала трудоспособности и не требовала соблюдения диеты. При эзофагогастродуоденоскопии во всех случаях имела место картина атрофического гастрита, сохранялся грубый рубец в зоне ушивания. При рентгеноскопическом обследовании нарушений моторно-эвакуаторной функции выявлено не было.

Хороший отдаленный результат дистальной резекции желудка по Т. Billroth-I отмечен у двух больных (5,6%), которые предъявляли жалобы на чувство дискомфорта, тяжести в эпигастальной и мезогастральной областях после приема пищи, отрыжку воздухом,

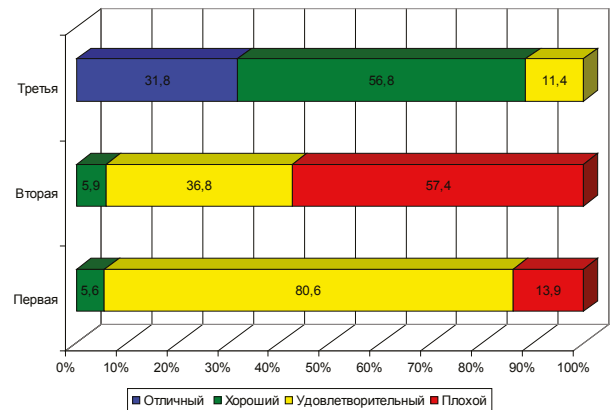


Рис. 4. Отдаленные результаты оперативного лечения перфоративных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста.

нарушение дефекации. На фиброгастродуоденоскопии выявлены признаки хронического распространенного поверхностного гастрита культи желудка с явлениями атрофии во всех отделах. На рентгеноскопии выявлены признаки гипертонической культи желудка, проходимость гастродуоденоанастомоза достаточная. Эти отклонения не отражались на общем состоянии и образе жизни пациентов.

Результат хирургического лечения был признан удовлетворительным у 5 больных, перенесших радикальные органосохраняющие вмешательства (11,4%): иссечение язв с мостовидной дуодено- (один обследуемый) и гастропластикой (4 пациента), в том числе на фоне селективной проксимальной ваготомии – у одного. К удовлетворительным также отнесены отдаленные результаты операций у 29 больных первой группы (80,6%) и 25 – второй (36,8%). Все эти пациенты вынуждены время от времени обращаться за врачебной помощью по поводу язвенной болезни. Большинство из них (41–69,5%) игнорируют рекомендации врачей, отказываются от регулярной медикаментозной терапии и соблюдения диеты. Повторных хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни у этих больных не производилось.

При эзофагогастродуоденоскопии у двух пациентов после радикальной гастропластики выявлен тонкий линейный постязвенный рубец, у одного – с перенесенной мостовидной дуоденопластикой – отмечена деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, не препятствующая прохождению бариевой взвеси. У всех пациентов с удовлетворительным результатом радикальных органосохраняющих вмешательств выявлена картина распространенного атрофического гастрита, дуоденита.

У 13 (52,0%) больных, удовлетворительный результат операций которых обусловлен ушиванием, при эндоскопическом исследовании обнаружены грубый постязвенный рубец на фоне атрофического гастрита или деформации луковицы двенадцатиперстной киш-



Рис. 5. Грубый деформирующий рубец в зоне ушивания язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.



Рис. 6. Препарат резецированного желудка: гигантская кровоточащая язва после перенесенной операции ушивания (гистологически опухолевого роста в препарате не обнаружено).

ки обнаружен (рис. 5). При рентгенологическом исследовании у 12 (48,0%) больных выявлено некоторое увеличение размеров желудка, усиление перистальтики и сужение пилородуоденального канала.

При проведении фиброгастроуденоскопии у всех пациентов с удовлетворительным результатом после дистальной резекции желудка отмечено расширение культи желудка, признаки хронического гастрита, а при рентгеноскопическом исследовании обнаружено умеренное нарушение эвакуаторной функции культи.

У 39 (57,4%) больных с ушитой гастродуоденальной язвой отдаленный результат хирургического лечения оказался плохим и выражался в рецидивах язв, подтвержденных рентгеноэндоскопически. 13 (33,3%) больных перенесли повторные госпитализации в хирургические стационары по поводу острого кровотечения из язвы (7 больных, рис. 6), перфоративной язвы – (4), декомпенсированного стеноза привратника (2). Потребность в экстренных и срочных операциях при повторных госпитализациях у этой категории пациентов составила 69,2% с летальностью 33,3% (3 больных).

Плохой отдаленный результат после дистальной резекции желудка выявлен у 5 (13,9%) больных. Все они при сборе жалоб отмечали постоянную или часто возникающую боль в верхних отделах живота, спровоцированную приемом пищи, слабость, головокружение, «приливы жара» и потливость, мешающие нормально жить и трудиться. Это состояние обуславливало необходимость проведения ежегодных неоднократных стационарных курсов медикаментозной терапии. При эндоскопическом исследовании у всех больных выявлен гастрит культи желудка, у 3 диагностирована пептическая язва анастомоза; у 2 – значительное расширение культи желудка с вялой перистальтикой; валик анастомоза был представлен грубой рубцовой тканью, резко выступающей в просвет. При рентгеноскопическом исследовании также отмечалось расширение культи желудка, вялая перистальтика и выраженное замедление пассажа контрастного вещества. Плохих отдаленных результатов в третьей клинической группе не наблюдалось.

Показатели качества жизни обследуемых, по сравнению с аналогичными условно здоровых лиц, представлены в таблице 5. Перенесенное по поводу гастродуоденальной перфорации первичное резекци-

Таблица 5

Показатели качества жизни больных после операций по поводу гастродуоденальных перфоративных язв

| Параметр SF 36 | Условно здоровые (n=25) | Группа больных | | |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| | | Первая (n=36) | Вторая (n=68) | Третья (n=44) |
| Физическое функционирование (PF) | 85,3 (79,6-88,4) | 63,5 (56,4-70,8) ¹ | 58,4 (46,3-69,4) ¹ | 82,9 (74,5-89,1) ^{2,3} |
| Роль в функционировании (RP) | 89,7 (84,3-95,1) | 41,6 (38,3-45,6) ¹ | 44,5 (37,7-51,0) ¹ | 81,4 (73,1-88,4) ^{2,3} |
| Фактор боли (BP) | 78,3 (71,3-85,2) | 72,3 (65,1-82,4) | 52,6 (43,6-61,1) ¹ | 74,0 (71,5-79,6) ³ |
| Общее состояние здоровья (GH) | 74,2 (68,5-81,2) | 53,8 (49,4-64,3) ¹ | 36,8 (30,5-41,3) ¹ | 66,3 (58,4-72,2) ³ |
| Жизненная активность (VT) | 60,4 (52,7-69,1) | 38,4 (31,4-45,5) ¹ | 40,3 (32,5-55,1) | 57,3 (51,0-63,8) ^{2,3} |
| Социальное функционирование (SF) | 72,3 (65,4-79,8) | 49,3 (41,3-54,8) ¹ | 38,7 (31,5-43,8) ¹ | 75,4(69,4-78,3) ^{2,3} |
| Психическое здоровье (MH) | 63,1 (51,4-69,5) | 41,3 (33,1-49,5) | 35,5 (28,6-43,8) ¹ | 56,2 (50,9-64,3) ³ |
| Эмоциональное состояние (RE) | 59,3 (48,3-68,2) | 38,4 (32,1-44,3) ¹ | 42,3 (34,1-53,2) | 53,5 (48,8-57,9) ² |

Примечание: средние значения представлены медианой, нижним и верхним квартилем [Me (Q₁-Q₃)]; ¹ – достоверность различий между показателями больных и условно здоровых, ² – между показателями первой и третьей групп, ³ – между показателями второй и третьей групп при P_u<0,05 (критерий Mann-Whitney).

онное или паллиативное вмешательство существенно ограничивало качество жизни пожилого больного, отражаясь как на физическом, так и психическом компонентах здоровья. Наиболее значимое снижение показателей в первой группе отмечено по параметрам ролевого функционирования и жизненной активности (в 1,6–2,2 раза), во второй – по шкалам ролевого функционирования и значимости болевого синдрома (в 1,5–2,0 раза). Радикальная органосохраняющая операция позволяла приблизить эти значения к качеству жизни условно здоровых респондентов.

В клинической картине патологических состояний отдаленного периода после операции ушивания перфоративного дефекта преобладали болевой, диспептический, рефлюкс-синдромы. После выполнения дистальной резекции желудка наибольшую выраженность имели диспептический и диарейный синдромы ($P_U < 0,05$ по сравнению с показателями условно здоровых лиц). Профиль гастроинтестинальных проявлений больных, перенесших радикальную органосохраняющую операцию, в наименьшей степени отличался от представителей популяционной нормы.

Выводы

1. Изучение качества жизни и отдаленных результатов оперативного лечения перфоративных га-

стродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста свидетельствует о значительных преимуществах радикальных органосохраняющих вмешательств, которые позволяют достоверно увеличить частоту хороших и отличных результатов по сравнению с ушиванием дефекта и первично выполненными резекциями желудка.

2. Частота рецидива язвообразования после паллиативной операции у больных пожилого и старческого возраста достигает 57,4%. Потребность в экстренных и срочных операциях при повторных госпитализациях у этой категории пациентов составила 69,2% с уровнем летальности 33,3%.

3. Перенесенное в пожилом возрасте паллиативное или резекционное вмешательство по поводу гастродуоденальной перфорации существенно ограничивает качество жизни больного, отражаясь как на физическом, так и психическом компонентах здоровья. В клинической картине патологических состояний отдаленного периода после операции ушивания перфоративного дефекта преобладают болевой, диспептический, рефлюкс-синдромы, а после выполнения дистальной резекции желудка – диспептический и диарейный синдромы. Органосохраняющая операция позволяет достичь максимального уровня физической и социальной реабилитации в отдаленном периоде.

Список литературы

1. Аззамов Ф.М., Наумов Б.А., Яковченко А.В. Выбор метода операции у больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией язвы (обзор литературы). Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2005; 5: 89-92.
2. Аззамов Ф.М., Чувиллин О.А., Наумов Б.А. Выбор метода операции у больных с перфоративными пептическими язвами. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2006; 2: 96-102.
3. Аззамов Ф.М. Тактика хирургического лечения больных язвенной болезнью пожилого возраста, осложненной кровотечением или перфорацией язвы. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2008; 46.
4. Вавринчук С.А. Сравнительная характеристика и оптимизация методов хирургического лечения больных перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Хабаровск, 2006; 48.
5. Гоер Я.В., Тутченко Н.И., Соломко А.В., Роцин Г.Г. Дуденогастральный рефлюкс после органосохраняющих операций по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Клиническая хирургия 1990; 8: 34-36.
6. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. М.: Анта-Эко, 2005; 352.
7. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Хирургия 2007; 7: 7-11.
8. Гульман М.И., Винник Ю.С., Попов Д.В. Атлас пилоросостанавливающих операций при осложненной язве двенадцатиперстной кишки. – Красноярск: Зеленогор. тип. 2003; 97.
9. Ермолов А.С., Карасев Н.А., Турко А.П. Экстренная хирургическая помощь в Москве при острых заболеваниях органов брюшной полости. Хирургия 2009; 8: 4-10.
10. Жанталинова Н.А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия 2005; 12: 30-32.
11. Ивашкин В.Т. Лечение язвенной болезни: новый век - новые достижения – новые вопросы. Болезни органов пищеварения 2002; 4: 1: 20-24.
12. Калинин А.В. Симптоматические гастродуоденальные язвы и язвенная болезнь: в чем сходство и в чем различия? РЖГГК 2008; 18: 1: 59-68.
13. Ковальчук А.А., Дзюбановский И.Е., Твердоклеб В.В. Прицельная сегментарная резекция желудка в хирургическом лечении язвы желудка. Клиническая хирургия 1991; 9: 52-55.
14. Кульчиев А.А., Елоев В.А., Сланов А.В. и др. Отдаленные результаты традиционного хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв в РСО-Алании. Вестник хирургической гастроэнтерологии 2009; 2: 39-45.
15. Курбанов Ф.С., Авад Х.М., Балогланов Д.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста. Анналы хирургии 2009; 3: 37-41.

16. *Курыгин А.А., Перегудов С.И.* Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв. Хирургия 1999; 6: 15-19.
17. *Лазебник Л.Б.* Хронические язвы у лиц пожилого возраста. Гастроэнтерология 2002; 1: 84-86.
18. *Лебянов А.Д., Будрин В.А., Новиков А.С. и др.* Пути оптимизации лечения язвенной болезни у больных, перенесших ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2007; 5: 81-85.
19. *Лобанков В.М.* Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. Хирургия 2005; 1: 58-64.
20. *Оноприев В.И.* Радикальная дуоденопластика в хирургии осложненных дуоденальных язв. 50 лекций по хирургии. Под ред. В.С.Савельева. М.: Триада-Х 2004; 523-540.
21. *Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д.* Хирургическое лечение прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв. Хирургия 2003; 3: 43-49.
22. *Перегудов С.И., Курыгин А.А.* Хирургическое лечение прободных гастродуоденальных язв в пожилом и старческом возрасте. Вестник хирургии 2004; 163: 5: 105-110.
23. *Поташев Л.В., Семенов Д.Ю., Уиверидзе Д.Г.* Отдаленные результаты ушивания перфоративных пилородуоденальных язв. Вестник хирургии 2005; 5: 40-42.
24. *Тимошенко Р.О.* Функциональные и технические аспекты сфинктеросохраняющей пластики при различных локализациях язвенного процесса. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2005; 6: 72-85.
25. *Тутченко Н.И., Гоер Я.В., Соломко А.В.* Пилорвосстанавливающие операции при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиническая хирургия 1991; 8: 19-21.
26. *Хаджибаев А.М., Махманов А.М., Мирзаев А.К.* Хирургическое лечение язвенной болезни желудка с коррекцией ульцерогенной зоны и функции органа. Хирургия 2006; 9: 41-45.
27. *Черданцев Д.В., Новохацкий С.Г., Дрянных А.А. и др.* Материалы семинара-совещания хирургов Красноярского края.- Красноярск: Оперативная полиграфия, 2010; 62.
28. *Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Уржумцева Г.А., Уракова Я.Ч.* Эндоскопический гемостаз с использованием фибринового клея при язвенном гастродуоденальном кровотечении у больных пожилого и старческого возраста. Анналы хирургии 2006; 4: 60-63.
29. *Fu H.Y., Murata H., Kawano S. Q.* OL and the older people with peptic ulcer. Nippon Rinsho 2002; 60: 8: 1633-1638.
30. *Goldacre M.J.* Inflammatory bowel disease, peptic ulcer and diverticular disease as certified causes of death in an English population 1979-2003. European Journal Gastroenterology and Hepatology 2008; 20: 2: 96-103.
31. *Greenwald D.A.* Aging, the gastrointestinal tract, and risk of acid-related disease. Am. J. Med. 2004; 117: 8-13.
32. *Gustandi M., Pellegrini A., Sorghi M.* Gastric mucosal defenses in the elderly. Gerontology 1999; 45: 4: 206-208.
33. *Kang J.Y., Elders A., Majeed A.* Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982-2002. Alimentary Pharmacological Therapy 2006; 24: 1: 65-79.
34. *Lee M.* Age-related changes in gastric blood flow in rats. Gerontology 1996; 42: 5: 289-293.
35. *Orr W.C., Chen C.L.* Aging and neural control of the GI tract: IV. Clinical and physiological aspects of gastrointestinal motility and aging. Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol 2002; 283: 6: 1226-1231.

Поступила 16.09.2010 г.

Информация об авторах

1. Винник Юрий Семенович – д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заслуженный врач Российской Федерации, заведующий кафедрой общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого; e-mail: yuvinnik@yandex.ru
2. Чайкин Николай Алексеевич – врач-хирург первого хирургического отделения городской клинической больницы №7 г. Красноярск; e-mail: yuvinnik@yandex.ru
3. Аксютенко Анна Николаевна – клинический ординатор кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого; e-mail: yuvinnik@yandex.ru
4. Петрушко Станислав Иванович – д.м.н., профессор кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого; e-mail: yuvinnik@yandex.ru
5. Колесницкий Олег Анатольевич – соискатель кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого; e-mail: yuvinnik@yandex.ru
6. Теплякова Ольга Валериевна – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого; e-mail: yuvinnik@yandex.ru