

## Прободная язва у пожилых – есть ли универсальная операция?

*Комментарий к статье Ю.С.Винника и соавт.: "Отдаленные результаты радикальных органосохраняющих операций в лечении перфоративных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста"*

С.В.ТАРАСЕНКО, О.В.ЗАЙЦЕВ

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова

Мы с большим интересом ознакомились со статьей Ю.С.Винника и соавт. «Отдаленные результаты радикальных органосохраняющих операций в лечении перфоративных гастродуоденальных язв у больных пожилого и старческого возраста». Значимость проблемы, которую затрагивает эта работа, понятна каждому хирургу, который хоть раз в ходе операции по поводу прободной язвы оказывался перед дилеммой: ограничиться простым ушиванием перфоративного отверстия или выполнить радикальную операцию. Помимо известных определяющих факторов, как, например, тяжесть состояния пациента или наличие перитонита, важным условием выбора объема операции является достижение удовлетворительных отдаленных результатов вмешательства. В этой ситуации критерием состоятельности хирурга может оказаться искусство найти разумный компромисс, «золотую середину», между травматичностью хирургического вмешательства и его радикальностью, в плане лечения язвенной болезни. Особенно сложной представляется эта задача у пациентов пожилого и старческого возраста, среди которых значительно выше удельный вес симптоматических гастродуоденальных язв. Кроме того, пациенты старших возрастных групп закономерно имеют худший общесоматический фон и меньшую ожидаемую продолжительность жизни [2, 4, 5].

Первый вопрос, который хотелось бы предложить для дискуссии авторам статьи – так ли уж необходима радикальная операция в urgentной ситуации прободной язвы у пожилого пациента? Тем более, что имеется значительное число публикаций, показывающих, что простое ушивание перфорации характеризуется меньшим количеством ранних осложнений и послеоперационной летальностью при сопоставимых отдаленных результатах именно у пациентов пожилого и старческого возраста [1, 3]. Согласно материалам статьи, в группе больных, перенесших радикальные органосохраняющие операции, послеоперационная летальность была значительно ниже, чем у пациентов, перенесших простое ушивание. Разумеется, слова С.С.Юдина «нельзя делать догму из лозунга о наибольшей безопасности минимальных вмешательств...» не потеряли своей актуальности, но невозможно оспорить факт, что простое ушивание перфорации является менее продолжительным и технически сложным

вмешательством по сравнению с радикальной дуоденопластикой в сочетании с ваготомией. Вероятно, имела место недостаточная рандомизация пациентов по общесоматическому статусу. Имея дело с соматически более тяжелым пациентом, оперирующим хирург делал разумный выбор в пользу минимально продолжительной и наименее травматичной операции.

Второй вопрос, нуждающийся в обсуждении с авторским коллективом и читательской аудиторией – можно ли считать радикальную операцию, направленную лишь на удаление язвенного дефекта, но не на устранение одного из самых важных патогенетических факторов – фактора кислотно-пептической агрессии? Все виды привратниксохраняющей дуодено-, гастродуоденопластики, по сути являются расширенным вариантом иссечения язвы и прилегающих к ней участков двенадцатиперстной кишки и желудка, что, без подавляющей секреции операции (например, ваготомии), оставляет большие сомнения в возможности продолжительного безрецидивного периода. Во всяком случае, объединять больных, которым выполнялась СПВ в одну группу с пациентами, которым выполнялось только иссечение язвы с вариантом гастродуоденопластики нецелесообразно.

Неясны причины значительно лучшего качества жизни в группе пациентов, перенесших радикальные органосохраняющие вмешательства, по сравнению с пациентами, перенесших простое ушивание перфорации, ведь кислотно-пептический фактор остался не устраненным у подавляющего большинства пациентов первой группы. Объяснить меньшую частоту гастродуоденитов, кислотозависимых болей, диспептического синдрома после дуоденоластики лишь теорией “locus minoris resistenciae” и более тонким рубцом двенадцатиперстной кишки невозможно.

И, наконец, третьим мотивом к вступлению в дискуссию для нас явилась недостаточная оценка авторами статьи роли морфологических характеристик язвенного дефекта при выборе объема оперативного вмешательства. На наш скромный взгляд, размеры язвы, ее локализация, выраженность периульцерозного рубцово-воспалительного процесса являются важнейшими факторами, способными легко перевесить чашу весов в сторону первичной резекции желудка или наоборот, в сторону простого ушивания перфора-

ции. Очевидно, что нецелесообразно у пожилого пациента при «мягкой» дуоденальной язве и отсутствии рубцовой деформации стремиться выполнить дуоденопластику. Также и при большой каллезной медиогастральной язве резекция 1/2 или 2/3 желудка может оказаться достойной альтернативой гастропластике как по объему вмешательства, так и по отдаленным результатам.

Наша клиника тоже располагает опытом хирургического лечения осложненной язвенной болезни. За последние 10 лет по поводу прободной язвы нами оперировано 111 пациентов пожилого и старческого возраста. Выполнялся широкий спектр оперативных вмешательств: резекции желудка (в основном Бильрот-I), простые ушивания перфорации (в том числе лапароскопические), пластические операции на двенадцатиперстной кишке и желудке. Оценивая качество жизни в отдаленном периоде по шкале SF-36 и GSRS, мы, например, получили достоверно лучшие результаты после резекции желудка по Бильрот-I в сравнении с простым ушиванием перфорации.

По нашему мнению, в хирургии осложненной язвенной болезни у пациентов пожилого и старческого

возраста нет и не может быть универсальных операций, гарантирующих достойный выход из любой клинической ситуации и дающих хорошее качество жизни в отдаленном периоде. Улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения этой категории больных может лишь индивидуализированный подход к выбору операции. Дальнейшее развитие этой научной проблематики видится в разработке четких критериев оценки соматического статуса пожилых пациентов, морфологических характеристик язвенного дефекта, возможно, хеликобактерного статуса, а также в дальнейшем изучении качества жизни в отдаленные сроки после операции. Очень перспективным направлением представляется минимизация травматичности оперативного доступа, например, лапароскопическое ушивание перфорации.

В заключение хотелось бы поблагодарить авторов: Ю.С.Винника, Н.А.Чайкина, А.Н.Аксютенко, С.И.Петрушко, О.А.Колесниченко, О.В.Теплякову за проделанную интересную и сложную работу. Изложенная нами точка зрения не является неоспоримой. Мы убеждены – в подобных дискуссиях и спорах рождается истина, которая, в конечном итоге, должна послужить на пользу больному.

### Список литературы

1. *Blomgren L.G.M.* Perforated peptic ulcer: long-term results after simple closure in the elderly. *World Journal of Surgery* 1997; 21; 4: 412-415.
2. *Christensen S., Riis A., Norgaard M. et al.* Short-term mortality after perforated or bleeding peptic ulcer among elderly patients: a population-based cohort study. *BMC Geriatrics* 7:8.
3. *Gutiérrez C. Márquez R., Fakih F. et al.* Simple closure or vagotomy and pyloroplasty for the treatment of a perforated duodenal ulcer: comparison of results. *Dig. Surg.* 2000; 17: 225-228.
4. *Hollenz M., Stolte M., Lendoleter A., et al.* NSAID associated dyspep and ulcers a prospective cohort study in primary care. *Dig. Dis.* 2006; 24: 189-194.
5. *Irvin T.* Mortality and perforated peptic ulcer: a case for risk stratification in elderly patients. *Br J. Surg.* 1989; 76; 3: 215-218.

Поступила 10.10.2010 г.

### Информация об авторах

1. Тарасенко Сергей Васильевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: ozaitsev@rambler.ru
2. Зайцев Олег Владимирович – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; e-mail: ozaitsev@rambler.ru