

## ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Доц. Н. Г. МАМЕДОВ, Э. Я. ШАРИФОВ, Э. В. НАБИЕВА, А. Х. АЛИЕВ

*Азербайджанский медицинский университет, Баку,  
Азербайджанская Республика*

**Рассмотрена частота осложнений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Показано, что при продолжительной консервативной терапии возраст операбельных больных повышается, частота сопутствующих заболеваний или их сочетаний увеличивается, что требует целенаправленного подхода при подготовке этой тяжелой категории больных к операции, выбором которой является резекционный метод для радикального излечения от язвенной болезни.**

*Ключевые слова: частота осложнений, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, особая предоперационная подготовка, радикальное оперативное вмешательство.*

Несмотря на неоспоримые успехи консервативной терапии язвенной болезни, распространенность ее не имеет тенденции к уменьшению. Только в США заболевание наносит экономический ущерб 5,65 млрд. долларов в год [1]. В России по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на учете находится около 3 млн. больных, при этом каждый десятый оперируется [2]. Современные методы консервативной терапии не излечивают больных, только увеличивают ремиссии между обострениями, поэтому неслучайно, что осложнения язвенной болезни не уменьшаются, а лишь отодвигаются на более старший возраст [3]. Среди больных язвенной болезнью число операций по относительным показаниям значительно уменьшилось, но одновременно увеличилось количество больных с осложнениями [4–6]. При длительном медикаментозном лечении повышается частота рецидивов, осложнений и соответственно увеличиваются неутешительные результаты послеоперационного периода [3, 7].

Целью исследования явилось изучение частоты осложнений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Было обследовано 296 больных язвенной болезнью, из них 161 с дуоденальной и 135 с желудочной локализацией. Для постановки диагноза использовали анамнестические данные, проводили рентгеноскопию и фиброэзофагогастроскопию (на эндоскопе фирмы «Olimpus» К-2), а также общеклинические и биохимические исследования.

Больные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, находившиеся на лечении в нашей клинике, были распределены по локализации заболевания и возрасту (табл. 1).

Как видно из данных таблицы, у 161 (54,4%) больных язвенная болезнь локализовалась в двенадцатиперстной кишке, у 135 (45,6%) — в желудке. Средний возраст 88,9% больных составлял 45 лет, что обозначает эту проблему социально-экономически значительной и актуальной. Особо следует отметить, что в последние годы удельный вес осложнений у больных значительно возрос, так

Таблица 1

Локализация желудочных и дуоденальных язв и распределение их по возрасту

Локализация процесса	Количество больных										Всего
	Возраст больных, лет										
	30		31–40		41–50		51–60		> 60		
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Язва двенадцатиперстной кишки	38	12,8	50	16,9	38	12,8	20	6,7	15	5,1	161 (54,4%)
Язва желудка:											
— кардиальная	0		2	0,7	3	1,0	4	1,3	3	1,0	12 (4,0%)
— тело и малая кривизна	3	1,0	6	2,0	8	2,7	5	1,7	4	1,3	26 (8,8%)
— антральная	19	6,4	28	9,5	24	8,1	15	5,1	11	3,7	97 (32,8%)
Всего	60	20,3	86	29,0	73	24,7	44	14,9	33	11,1	296 (100%)

как из 296 больных у 277 (93,6%) наблюдались серьезные осложнения (табл. 2).

Таблица 2

**Структура осложнений гастродуоденальных язв**

Осложнения	Количество больных	
	абс. ч.	%
Стеноз выходного отдела желудка	132	44,6
Пенетрация	71	24,0
Кровотечение	63	21,3
Малигнизация	11	3,7
Без осложнений	19	6,4
Всего	296	100,0

Из поступивших больных у 132 (44,6) был стеноз в стадии субкомпенсации или декомпенсации, у 71 (24,0%) – пенетрация в соседние органы, у 63 (21,3%) – острое кровотечение и у 11 (3,7%) – малигнизация язв желудка. Больные с перфоративными язвами в эту группу не включены. У немалой части больных, поступивших с тем или иным осложнением, наблюдали сочетания двух или трех осложнений. Нужно подчеркнуть, что у 186 (60,3%) во время лабораторных исследований обнаружили анемию, которая объясняется хронической алиментарной недостаточностью или скрытым кровотечением. В связи с высокой эффективностью лекарственной терапии, возраст больных повышается, поэтому у 156 (52,7%) пациентов наблюдали сопутствующую патологию (табл. 3).

Таблица 3

**Характеристика сопутствующих патологий**

Сопутствующие патологии	Количество больных	
	абс. ч.	%
Атеросклеротический кардиосклероз, ишемическая болезнь сердца	22	14,1
Атеросклероз магистральных сосудов	10	6,4
Гипертоническая болезнь	30	19,2
Сахарный диабет	20	12,8
Неспецифические заболевания легких	17	10,9
Хронический панкреатит	18	11,5
Заболевания печени и желчных путей	9	5,8
Варикозный тромбоз вен	6	3,8
Ожирение	20	12,8
Другие заболевания	4	2,5
Всего	156	100

Естественно, наличие сопутствующих патологий увеличивает операционный риск у такой тяжелой категории больных и требует от врача более внимательного подхода и целенаправленного лечения как до, так и после операции. У 183 (61,4%) больных, находившихся под нашим наблюдением, в той или иной степени имелась выраженная алиментарная недостаточность, причинами которой были при кардиальных язвах дисфагии пилородуоденальные стенозы; при малигнизации – эндогенная интоксикация и анорексия; при пенетрациях – болевой синдром после приема пищи, из-за чего больным приходилось ограничивать себя в еде. Все это приводило к нарушению белково-энергетического баланса на фоне хронической алиментарной недостаточности, в результате чего у 148 (50%) больных наблюдали прогрессирующую потерю массы тела: у 41% потеря составила до 10%, а у 50% была больше 10% от общей массы тела. Больным с выраженными признаками алиментарной недостаточности проводили предоперационную подготовку. Среди них у 68 больных с глубокими нарушениями белкового, липидного, углеводного, водно-солевого обменов, а также другими нарушениями показателей гомеостаза, нарушением кислотно-щелочного равновесия проводили предоперационное парентеральное питание с расчетом 30–35 ккал/кг в сут. 110 больным в качестве источника биологической энергии применяли высококонцентрированные растворы глюкозы (10%–20%-ный раствор), а остальным 28 – жировые эмульсии (20%-ный раствор липофундина) и 40%-ный раствор глюкозы. Одновременно этим больным внутривенно вводили кристаллоидные аминокислоты (альвезин, левомин), белковые препараты (протеин, альбумин, нативную плазму), коллоидные и кристаллоидные растворы (гемодез, раствор Рингера, 5%-ный раствор глюкозы с витаминами), при показаниях – консервированную одногруппную кровь. Больным, которые могли питаться естественным путем (103 больных), назначили высококалорийную легкоусвояемую диету и инфузионно-трансфузионную терапию, включая водно-солевые растворы, белковые препараты, витамины, симптоматические средства. Все 296 больных подверглись радикальному оперативному вмешательству. Восемью больным была проведена операция по Бильрот-I, а остальным по Бильрот-II в модификации Гофмейстера – Финстнера или по Витебскому. Причиной использования резекционных методов являлось в большинстве случаев обнаружение гигантских язв (диаметр больше 2–2,5 см), наличие осложнений или сочетание нескольких осложнений. В послеоперационном периоде смертность наступила у 7 больных (2,4%), в это число включены больные, оперированные как в плановом порядке, так и экстренно по поводу острых желудочно-кишечных кровотечений.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы.

Современная продолжительная консервативная терапия больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки повышает возраст операбельных больных и способствует образованию гигантских язв с одиночными или сочетанными осложнениями.

В связи с длительностью заболевания и возникшими осложнениями у большинства больных наблюдается алиментарная недостаточность, при

которой необходима особая предоперационная подготовка.

С увеличением возраста больных частота сопутствующих заболеваний или их сочетаний увеличивается, что требует особого и целенаправленного подхода при подготовке к операции и в послеоперационном периоде.

Выбором операции этой тяжелой категории больных является резекционный метод для радикального излечения от язвенной болезни.

#### Литература

1. Gastro Update 1998 / С. Eli, H. J. Brambs, W. Fischbach et al.— Schnetz-tor-Verlag: Konstanz, 1988.— 429 р.
2. Неотложная гастроэнтерология / А. А. Крылов, А. Г. Земляной, В. А. Михайлович, А. И. Иванов.— СПб.: Питер, 1997.— 512 с.
3. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста / Г. А. Булгаков, В. Я. Дивилин, А. А. Страдымов и др. // Хирургия.— 2002.— № 11.— С. 24–26.
4. Кузин М. И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Хирургия.— 2001.— № 1.— С. 27–32.
5. Meedeme B. W., Torres P. R., Farnel M. B. Proximal vaqotomy as emergency treatment for bleeding ulcer // Am. J. Surg.— 1991.— Vol. 161, № 1.— P. 64–68.
6. Surgical treatment of pyloric stenosis of ulcer origin / C. Meyer, C. Bachellier-Billot, S. Rohr, et al. // J. Chir. (Paris).— 1991.— Vol. 161, № 1.— P. 64–68.
7. Mussboun M. S. Management of gigant duodenal ulcer // Amer. J. Surg.— 1985.— Vol 149, № 3.— P. 357–361.

### ЧАСТОТА УСКЛАДНЕНЬ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Н. Г. МАМЕДОВ, Е. Я. ШАРИФОВ, Е. В. НАБИЄВА, А. Х. АЛІЄВ

**Розглянуто частоту ускладнень у хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки. Показано, що при тривалій консервативній терапії вік операбельних хворих зростає, частота супутніх захворювань або їх поєднань збільшується, що вимагає цілеспрямованого підходу при підготовці цієї тяжкої категорії хворих до операції, вибором якої є резекційний метод для радикального вилікування від виразкової хвороби.**

*Ключові слова: частота ускладнень, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, особлива передопераційна підготовка, радикальне оперативне втручання.*

### INCIDENCE OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER COMPLICATIONS

N. G. MAMEDOV, E. YA. SHARIFOV, E. V. NABIYEVA, A. H. ALIYEV

**The incidence of complications in patients with gastric and duodenal ulcer is described. It is shown, that at prolonged conservative therapy the age of operable patients increased, the incidence of accompanying diseases or their combinations increased, which required a goal-oriented approach at preparation of this severe category of patients to the operation, the choice being resection for radical treatment of ulcer.**

*Key words: complications incidence, gastric and duodenal ulcer, special pre-operative preparation, radical surgery.*

Поступила 16.12.2010