

УДК 616.39-028.41:617-089

Тяжёлые осложнения послеоперационного периода у больных язвенной болезнью

Ю.В. Артемов

*Кафедра хирургии №2, зав. кафедрой доц. Ф.Н. Ильченко***Ключевые слова:** стволовая ваготомия, резекции по Бильрот-I, Бильрот-II, осложнения

Существует мнение, что «любая операция, применяемая для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, не является идеальной» [1, 2, 12]. Как показал многолетний опыт, резекционные методы лечения язвенной болезни обладают целым рядом возможных недостатков, одними из которых являются постгастрорезекционные синдромы [3, 5, 8]. С целью улучшения результатов хирургического лечения язвенной болезни были разработаны и получили распространение органосохраняющие операции на желудке, в основе которых лежат различные виды ваготомии [4, 7, 8, 9]. Однако накопленный опыт показал, что и ваготомия в различных её вариантах пока полностью не решила все проблемы как лечения язвенной болезни так и профилактики постваготомных осложнений, хотя прогресс ее внедрения в лечебную практику несомненен [6, 10, 11].

В определенной степени это объясняется несколько шаблонным использованием метода, когда недостаточно учитываются имеющиеся сопутствующие функциональные и морфологические нарушения в системе пищеварительного тракта. Сложность патогенеза и значительная вариабельность пато-морфологических и патофизиологических изменений со стороны желудочно-кишечного тракта при язвенной болезни предопределяет необходимость строго индивидуализированного подхода при выборе метода не только основного вмешательства, но и необходимых дополнительных корректиру-

ющих пособий. Каждый из элементов операции должен иметь свои четкие показания и противопоказания. Именно такой принцип индивидуального выбора метода и объема хирургического вмешательства может улучшить результаты лечения язвенной болезни и значительно сократить или уменьшить степень послеоперационных нарушений функции желудочно-кишечного тракта.

В нашем исследовании у оперированных больных учитывались все выше перечисленные особенности течения язвенной болезни, а также способ оперативного лечения. Непосредственно после оперативного вмешательства практически все больные в течении 1-3 первых дней находились в отделении интенсивной терапии с целью интенсивного наблюдения и проведения интенсивной профилактической и лекарственной терапии. Это, в первую очередь, предупреждение нарушений дыхания, связанных с оперативным вмешательством на верхнем этаже брюшной полости, перенесенным обезболиванием с применением мышечных релаксантов, а также необходимость ранних и активных профилактических противопневмонических мероприятий. Во-вторых, даже при относительно гладком послеоперационном течении у больных в ближайшие дни после вмешательства обычно наблюдается различной степени выраженности атония желудочно-кишечного тракта, а в ряде случаев возможно и развитие выраженного гастростаза, требующего особенно активного лечения. Кро-

ме того, данные больные нуждаются в интенсивной целенаправленной инфузионной терапии с экспресс-контролем биохимических показателей.

Непрерывное наблюдение за больным позволяет своевременно диагностировать развивающееся осложнение, в том числе и со стороны брюшной полости, и своевременно предпринять лечебные мероприятия. Это основные показания для лечения больных в отделении интенсивной терапии.

Среди 426 больных, оперированных в плановом порядке, в раннем послеоперационном периоде от осложнений умерли 5 больных (1,2%). В 2-х случаях после резекции желудка по Бильрот- II (Б-II) причиной смерти послужила несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки с развитием тотального перитонита. Аналогичная причина летального исхода имела место после стволовой ваготомии (СТВ) с резекцией желудка по Б-II. В I случае после селективной проксимальной ваготомии (СПВ) с дуоденопластикой развился некроз стенки желудка в области малой кривизны с её перфорацией и перитонитом, так же послуживший причиной смерти больного, и ещё у 1 пациента после операции СПВ в изолированном виде летальный исход наступил в результате синдрома Мендельсона с тяжелой абсцедирующей бронхопневмонией.

Как видно из приведенных данных, при операции резекции желудка по Б-II очень опасным осложнением яв-

ляется несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки и полностью исключить вероятность её развития, к сожалению, до настоящего времени не удастся, хотя известны многие причины данного осложнения. К ним относятся технические причины, нарушения репаративных процессов, обусловленные белковой недостаточностью и другими расстройствами гомеостаза, нарушениями дуоденальной проходимости функционального или органического генеза и другие факторы.

В одном из 3-х указанных случаев несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки имело место после операции резекции желудка по Б-П в сочетании со стволовой ваготомией, однако мы не связываем данное осложнение именно с ваготомией. Оно присуще методике резекции желудка по принципу Б-П.

А вот 1 случай некроза и перфорации желудка в области малой кривизны после СПВ с дуоденопластикой (ДП) очевидно является результатом ишемии данного участка, за счет избыточного скелетирования его при выполнении данного вида ваготомии. Летальный исход на почве синдрома Мендельсона лишней раз указывает на грозную опасность аспирации желудочного содержимого в дыхательные пути при проведении обезболивания или в ближайшие сроки после операции. Аспирация даже незначительного количества содержимого может вызвать рефлекторную остановку сердечной деятельности, либо сопровождается тяжелыми, порой необратимыми, расстройствами гемодинамики за счет угнетения компенсаторных механизмов особенно у ослабленных больных. Ещё один вариант развития патологического процесса - это тяжелая гнойная бронхопневмония, зачастую с множественными абсцессами легких (синдром Мендельсона), что и приводит к летальному исходу, несмотря на самое активное лечение. Причиной таких тяжелых осложнений обычно является недостаточно качественная подготовка желудочного тракта к операции и наркозу и технические ошибки при проведении обезболивания.

Среди интраоперационных осложнений имели место 3 случая повреждения селезенки, из них один (1,7%) во время стволовой ваготомии (при выделении стволов вагуса), другой - при операции СПВ в изолированном виде (1,1%) и третий - при СПВ с ДП (1,9%). В первом случае, в связи с

близким повреждением паренхимы была произведена спленэктомия, в остальных, где были ранения лишь капсулы на ограниченном участке удалось её ушить без удаления органа. Из всех указанных случаев по-слеоперационный период протекал относительно гладко и больные были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Кроме того, у 1 больного (1,9%) во время операции СПВ+ДП в момент манипуляций в кардиальном отделе произошло случайное ранение стенки пищевода с вскрытием его просвета (дефект до 0,5 см), который был ушит, в раннем послеоперационном периоде у больного отмечались умеренные явления дисфагии, которые полностью купировались еще до выписки пациента.

К техническим погрешностям при выполнении операции мы относим и 2 случая возникновения гемоперитонеума, которые были диагностированы на 2-3 сутки вмешательства на основании показателей гемодинамики и красной крови, а также возникновения перитонеальных явлений. В обоих случаях данное осложнение возникло после СПВ. При срочной релапаротомии в брюшной полости было обнаружено до 250-300 мл. крови, а источники кровотечения - в области малого сальника. Произведен дополнительный гемостаз, санация брюшной полости и её дренирование.

Следует сказать, что во время первичной операции в обоих случаях обращало на себя внимание полнокровие сосудов сальника и повышенная кровоточивость тканей, что было расценено, как результат применения большими тепловыми процедурами незадолго до вмешательства, чего следует избегать. Тем не менее, оба случая мы полностью связываем с недостаточно полноценным гемостазом во время первичной операции.

В 1 случае (3,2%) после резекции желудка по Б-И в изолированном виде и в 1 случае (1,8%) после резекции по Б-П также в изолированном варианте послеоперационный период осложнился развитием эвентрации, которую удалось устранить повторным ушиванием передней брюшной стенки. Хотя в обоих случаях данное осложнение имело место у ослабленных больных, мы не исключаем и технические погрешности при первичном ушивании лапаротомной раны. Оба пациента выздоровели, но послеоперационное пребывание в стационаре для них значительно уве-

личилось.

В 5 случаях из 426 иных (1,2%) возникла ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, причём частота её развития не зависела от вида произведенной операции. Прослеживалась другая взаимосвязимость: во всех случаях это были пациенты, перенесшие ранее другие виды операций на брюшной полости, (в 3-х случаях это были апендэктомии). У всех больных при экстренной релапаротомии была выявлена высокая тонкокишечная непроходимость с преобладанием странгуляционного механизма. Выраженных нарушений кровообращения в стенке кишки не выявлено, что позволило ограничиться рассечением спаек и устранением препятствия с последующим выздоровлением больных.

Таким образом, все перечисленные выше осложнения ближайшего послеоперационного периода не имели четкой связи с видом оперативного вмешательства на желудке, за исключением случаев несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и одного случая некроза малой кривизны после селективной проксимальной ваготомии (СПВ+ДП). Возникновение остальных перечисленных осложнений объясняется не патогенетическим результатом данного вида вмешательства, а является прямым следствием технических погрешностей при их исполнении.

Литература

1. Асадов С.А. Хирургическое лечение "трудных" и осложненных гастродуоденальных язв / Хирургия. - 2002. - № 11. - С. 64-69
2. Ветишев П.С., Кривошеин Н.Н., Шпаченко Ф.А. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения / Хирургия. - 2000. - № 1. - С. 64-67.
3. Горичин А.Б. Профилактика и лечение постваготомических и пострезекционных нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта: Автореф. Дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.27, 14.00.37 / Курск. гос. мед. ун-т - М., 1997. - 36 с.
4. Диброва Ю.А. Оценка эффективности хирургического лечения язвенной болезни желудка / Клиническая хирургия. - 2006. - № 4-5. - С. 11-12
5. Дуденко Г.П., Зыбин В.М. Последствия ваготомии. - Киев: Здоров'я, 1987. - 144 с.
6. Запорожченко Б.С., Шишилов В.П. Желудочно-кишечное кровотечение у пациентов с язвенной болезнью после выполнения ваготомии / Клиническая хирургия. - 2006. - № 4-5. - С. 12-13
7. Ковальчук А.Я., Дзюбановский И.Я., Максимлюк В.И. Модифіковані органозберігаючі та органощадні оперативні втручання при ускладнених гастродуоденальних виразках / Шпитальна хірургія. - 2005. - № 1. - С. 20-24
8. Кондратенко П.Г., Соболев В.В., Соболев Д.В. Отдаленные результаты оперативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Клиническая хирургия. - 2006. - № 4-5. - С. 16-17
9. Кузин М.П. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 2001. - № 1. - С. 27-32.
10. Мартиновский Ю.И. Стволовая ваготомия с дуо-

дено-або пілоропластикого в лікуванні перфоративної виразки дванадцятипалої кишки: Автореф. дис. на...канд. мед. наук:(14.01.03) / Запоріжжя, 2004. - 20 с.

11. Саенко В.Ф., Пустовит А.А. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в хирургии язвенного стеноза // *Клин. хирургия*. 1981. - №4. - С. 36-40.

12. Sykora O., Sutov E.J. Prosterior palatal seal adaptation: influence of a high expansion stone // *J. Oral Rehabil.* 1996.- Vol. 23, N5.- P.342-345.

Тяжкі ускладнення післяопераційного періоду у хворих на виразкову хворобу

Ю.В. Артьомов

При виборі оперативного втручання необхідно індивідуально обґрунтувати не тільки основні методи операції, але і додаткові коригуючі засоби, спрямовані на знищення визначених до операції функціональних та морфологічних змін верхнього відділу травного тракту.

Ключові слова: селективна ваготомія, резекції за Більрот-I, Більрот-II, ускладнення.

The hard complications in the post-operation period in people suffering from peptic ulcer

U.V. Artemov

While choosing the operation method it is necessary to base personally not only basic operative techniques but also the additional correction aids made for removing the functional and morphological changes of the upper part of the digestive system before the operation.

Key words: selective vagotomy, resection by Bilioth-I, Bilioth-II, complications.