

К проблеме ранних интраабдоминальных осложнений в желудочной хирургии

А.В.Костырной, А.В.Косенко, И.В.Каминский✉

Медицинская академия им. С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И.Вернадского». 295006, Россия, Симферополь, б-р Ленина, д. 5/7
✉Kaminsky_Igor@inbox.ru

Проведен анализ лечения 122 пациентов с операциями на желудке: гастрэктомией, субтотальной резекцией желудка, классической и экономной резекцией желудка, селективной проксимальной ваготомией, ушиванием перфоративной язвы по Опелю–Поликарпову. Первичные экстренные операции на желудке выполнены у 55 (45,1%) больных. Показаниями к экстренным операциям явились осложненные формы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: кровотечения, перфорация, а также распадающиеся опухоли желудка, перитонит. Плановые операции на желудке выполнены у 67 (54,9%) пациентов. Показаниями к этим операциям были суб- и декомпенсированные стенозы язвенной и раковой патологии, а также другая патология желудка. В раннем послеоперационном периоде у 18 (14,8%) больных развились осложнения, потребовавшие повторных оперативных вмешательств. Диагностика ранних послеоперационных интраабдоминальных осложнений носила комплексный характер. Основным методом лечения послеоперационного перитонита – релапаротомия. Повторные операции выполнены в течение 2 ч с момента диагностики осложнения. Показанием к выполнению релапаротомии является острая патология брюшной полости, развившаяся после операции на желудке. Причинами внутрибрюшных осложнений в большинстве случаев остаются тактические ошибки и технические погрешности, допущенные на этапе первичного оперативного вмешательства. Профилактика развития внутрибрюшных осложнений должна осуществляться на этапе выполнения первичного вмешательства и ведения раннего послеоперационного периода, включая оптимальный выбор способа и объема операции, тщательной ревизии, санации и дренирования брюшной полости.

Ключевые слова: осложнения, перитонит, желудок, операция, послеоперационный период.

Для цитирования: Костырной А.В., Косенко А.В., Каминский И.В. К проблеме ранних интраабдоминальных осложнений в желудочной хирургии. Consilium Medicum. 2017; 19 (7.2. Хирургия): 42–44. DOI: 10.26442/2075-1753_19.7.2.42-44

ORIGINAL RESEARCH

To problem early intraabdominal complications in gastric surgery

A.V.Kostyrnoi, A.V.Kosenko, I.V.Kaminsky✉

S.I.Georgievsky Medical Academy of the V.I.Vernadsky Crimean Federal University. 295006, Russian Federation, Simferopol, b-r Lenina, d. 5/7
✉Kaminsky_Igor@inbox.ru

Abstract

The organized analysis of the treatment 122 patients, handled on belly. All sick were executed operation on belly: gastrectomy, subtotal resection of the belly, classical and economical resection of the belly, SPV, suturing perforative of the canker on Opel–Polikarpov. The primary emergency operations on belly are executed beside 55 (45.1%) sick. The evidences of the form were complicated to emergency operation to peptic ulcer of the belly and duodenum: bleedings, perforation, but in the same way disintegrating tumours of the belly, peritonitis. The planned operations on belly are executed beside 67 (54.9%) patient. The evidences to this operation were sub- and decompensate stenosis ulcerous and cancerous pathology, as well as the other pathology of the belly. At early postoperative period beside 18 (14.8%) patient developed the complications, required repeated operative interference. The diagnostics early postoperative intraabdominal complications carried the complex nature. The main method of the treatment of the postoperative peritonitis was shown relaparotomy. The repeated operations are executed in current two hours since moment of the diagnostics of the complication. The evidence to execution relaparotomy is quipping pathology to abdominal cavity, developed after operation on belly. The reason intraabdominal complications in most cases are a tactical mistakes and technical inaccuracy, допущенные в step of primary operative interference. The preventive maintenance of the development intraabdominal complications must be realized in step of primary interference and conduct execution of the early postoperative period, including optimum choice of the way and volume to operations; the careful auditing, sanation and drainage abdominal cavity.

Key words: complications, peritonitis, belly, operation, postoperative period.

For citation: Kostyrnoi A.V., Kosenko A.V., Kaminsky I.V. To problem early intraabdominal complications in gastric surgery. Consilium Medicum. 2017; 19 (7.2. Surgery): 42–44. DOI: 10.26442/2075-1753_19.7.2.42-44

Хирургические вмешательства на желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК) относятся к числу наиболее распространенных вмешательств в абдоминальной хирургии [1]. Одной из актуальных клинических проблем остаются непосредственные исходы этих операций [2]. Летальность после оперативных вмешательств составляет 2,7–17,0% [3, 4], варьирует от 7,1 до 14,4% после гастрэктомии при раке желудка [5] и возрастает до 10,6–46,6% при хирургическом лечении повреждений ДПК [4]. Достаточно высокая летальность при операциях на желудке и ДПК во многом обусловлена развитием внутрибрюшных осложнений в раннем послеоперационном периоде. Известно, что больные с заболеваниями желудка и ДПК составляют наиболее многочисленную группу в структуре релапаротомий – 31,9% [6, 7]. Необходимость в релапаротомии может возникнуть после любого, даже технически безупречно выполненного оперативного вмешательства [8].

Современная диагностика и рациональная лечебная тактика при осложнениях, возникших после операций на же-

лудке и ДПК, равно как и предупреждение их, остается одной из труднейших задач клинической хирургии.

Материал и методы

Проведен анализ лечения 122 пациентов с операциями на желудке в отделениях хирургии ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко» и ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница», являющихся базами кафедры хирургии №1 МА им. С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.Вернадского» с 2000 по 2015 г.

По полу и возрасту пациенты распределились следующим образом: женщины – 50 (41%), мужчины – 72 (59%). Возраст больных составлял от 16 до 86 лет (средний возраст – 54,8±2,3 года).

Распределение больных по нозологии было следующим: язвенная болезнь желудка – 12 (9,8%) пациентов, язвенная болезнь ДПК – 34 (27,9%), рак желудка – 46 (37,7%), болезни оперированного желудка – 8 (6,5%), доброкачественные опухоли – 19 (15,5%), другая патология – 3 (2,6%).

Распределение больных по характеру сопутствующей патологии	
Сопутствующая патология	Частота встречаемости, %
Ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь	83,2
Эмфизема легких, пневмосклероз, хронический бронхит	22,8
Хронический панкреатит и хронический холецистит	12,3
Мочекаменная болезнь и хронический пиелонефрит	7,5
Варикозная болезнь	15,2
Сахарный диабет	2,5

Осложнения основного заболевания были у 119 больных: субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка – 34 (27,8%), декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка – 30 (24,5%), кровотечение – 20 (16,4%), перфорация – 17 (13,9%), перитонит – 18 (14,8%), без осложнений – 3 (2,6%).

Сопутствующие заболевания имелись у 96,4% больных (в основном это были хроническая сердечная недостаточность, легочная, печеночная и почечная патология, сахарный диабет); см. таблицу. Чаще всего встречался микст заболеваний.

Всем больным были выполнены операции на желудке: гастрэктомия – 13 (10,7%), субтотальная резекция желудка – 33 (27,0%), классическая и экономная резекция желудка – 45 (36,9%), селективная проксимальная ваготомия – 30 (24,6%), ушивание перфоративной язвы по Опшелю–Поликарпову – 1 (0,8%). Первичные экстренные операции на желудке выполнены у 55 (45,1%) больных. Показанием к экстренным операциям явились осложненные формы язвенной болезни желудка и ДПК: кровотечения – 20 (16,4%), перфорация – 17 (13,9%), а также распадающиеся опухоли желудка, перитонит – 18 (14,8%).

Плановые операции на желудке выполнены у 67 (54,9%) пациентов. Показаниями к этим вмешательствам были суб- и декомпенсированные стенозы язвенной и раковой патологии, а также другая патология желудка.

В раннем послеоперационном периоде у 18 (14,8%) пациентов развились осложнения, потребовавшие повторных оперативных вмешательств. При этом осложнений, возникших после операций по поводу язвенной болезни желудка или ДПК, было 13 (10,7%), а после операций по поводу рака – 5 (4,1%) случаев. Умерших больных – 6 (4,9%). Из них оперированных по поводу рака – 2 (1,6%), оба оперированы в экстренном порядке. Среди больных, оперированных по поводу осложненной формы язвенной болезни желудка и ДПК, умерших было 4 (3,3%), и все они также были оперированы в экстренном порядке. Таким образом, летальности после плановых операций на желудке не было.

Результаты

Диагностика ранних послеоперационных интраабдоминальных осложнений носила комплексный характер:

- при подозрении на послеоперационный перитонит (ПП) оценивали динамику клинико-лабораторных данных, выполняли обзорную рентгенографию органов брюшной полости и контрастную энтерографию, фиброгастроуденоскопию (ФГДС). Определяли уровень амилазы в перитонеальном экссудате, выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерную томографию (КТ) брюшной полости, обзорную лапароскопию;

- диагностика послеоперационных гастроуденальных кровотечений (ПГДК) базировалась на клинико-эндоскопических данных. У всех больных оценивали характер содержимого, поступающего по назогастральному и назоэнтеральному зондам, что способствовало своевременному выявлению кровотечений в первые 3 сут послеоперационного периода;

- диагностика послеоперационных внутрибрюшных кровотечений у больных основывалась на изучении характера отделяемого по дренажам из брюшной полости и динамики клинико-лабораторных показателей. При подозрении на развитие послеоперационных внутрибрюшных кровотечений на 2–5-е сутки после операции выполняли УЗИ брюшной полости и лапароскопию;

- для выявления послеоперационной кишечной непроходимости (ПКН) базировалось на комплексном анализе клинико-инструментальных данных. У всех пациентов использовали обзорную рентгенографию органов брюшной полости, при высокой ПКН – контрастную энтерографию и ФГДС, УЗИ и КТ брюшной полости. При спаечной кишечной непроходимости применяли энтерографию с сульфатом бария и обзорную рентгенографию органов брюшной полости в динамике;

- для диагностики абсцессов брюшной полости (АБП) у всех больных оценивали клинико-лабораторные показатели, выполняли рентгенографию легких и УЗИ брюшной полости, использовали КТ и лапароскопию.

Релапаротомию выполняли под эндотрахеальным наркозом после необходимой предоперационной подготовки (ее продолжительность зависела от характера осложнения и тяжести состояния больного). Интраоперационно проводили профилактику гнойно-септических осложнений антибактериальными препаратами широкого спектра действия. Обязательными этапами релапаротомии являлись тщательная ревизия, санация и дренирование брюшной полости, назогастральная декомпрессия желудка или его культи, назоэнтеральная интубация тонкой кишки для осуществления раннего интестинального питания. На основном этапе релапаротомии (устранения источника внутрибрюшного осложнения и профилактики его рецидива) выполнялись радикальные оперативные вмешательства.

Обсуждение

К ПП отнесены все случаи перитонита, развившегося после плановых операций и перитонита, возникшего или прогрессирующего после экстренных оперативных вмешательств. По нашим наблюдениям, ПП встречался у больных, оперированных по поводу рака в одном случае, и у больных, оперированных по поводу язвы, – в 7. Во всех наблюдениях был разлитой перитонит. Основным источником ПП, развившегося после экстренных и плановых операций, являлась несостоятельность швов – анастомозов, ушитой перфоративной язвы. Чаще всего ПП развивался на 3–5-е сутки послеоперационного периода. Ограниченные возможности малоинвазивных методов исследования часто приводили к поздней диагностике, что в 2 случаях привело к летальному исходу.

Основным методом лечения ПП являлась релапаротомия. Повторные операции выполнены в течение 2 ч с момента диагностики осложнения.

Релапаротомии при панкреатогенном перитоните (2 случая) осуществлялись при неэффективности лапароскопического дренирования. Если источником ПП была несостоятельность швов (6 наблюдений), то объем опера-

тивного вмешательства зависел от размера дефекта, стадии и распространенности перитонита, а также тяжести состояния больного. Летальных исходов не было.

ПГДК, потребовавшие выполнения релапаротомий, были диагностированы у 3 больных. У 2 пациентов это были гастродуоденальные кровотечения и у одного – внутрибрюшное, повлекшее за собой летальный исход.

Клиническая картина ПГДК зависела от сроков возникновения осложнений, степени тяжести кровопотери и локализации источника кровотечения. Выполнение ФГДС позволило у всех пациентов подтвердить развитие этого осложнения.

Показаниями к выполнению релапаротомии явились: продолжающееся кровотечение на момент выполнения ФГДС и остановившееся кровотечение с эндоскопическими признаками неустойчивого гемостаза. Релапаротомии выполняли в сроки от 40 мин до 2 ч с момента подтверждения диагноза, что определялось продолжительностью предоперационной подготовки. Объем оперативного вмешательства зависел от источника кровотечения, характера первичной операции и тяжести состояния больного. Основными задачами повторной операции являлись: остановка кровотечения и профилактика его рецидива в послеоперационном периоде.

ПКН, потребовавшая выполнения релапаротомий, была диагностирована у 7 пациентов. Осложнение развилось практически с одинаковой частотой после плановых и экстренных операций. Этиологическими факторами ПКН являлись: спаечная болезнь и этиологические факторы, специфичные для оперативных вмешательств на желудке и ДПК. ПКН выявляли на 5–13-е сутки послеоперационного периода, летальных исходов не было. Показания к релапаротомии при ПКН определяли в зависимости от локализации препятствия и предполагаемого генеза осложнений.

Неосложненные АБП были диагностированы у 4 больных. В поддиафрагмальных пространствах абсцессы были расположены у 2 пациентов, подпеченочную локализацию выявили также у 2 человек. Эти осложнения чаще развивались после экстренных операций, которые в 1/2 случаев выполняли на фоне разлитого перитонита. Возможными причинами развития АБП являлись тактические или технические ошибки, допущенные при выполнении первичных оперативных вмешательств: неадекватная санация и дренирование брюшной полости, отсутствие интраоперационной антибиотикопрофилактики гнойно-септических осложнений, недостаточный гемостаз и пр.

АБП были выявлены с 12 по 17-е сутки послеоперационного периода. Клиническая картина осложнения определялась интоксикационным синдромом и местными признаками осложнения, которые зависели от локализации абсцесса. Основным этапом лечения АБП являлось оперативное вмешательство. Вскрытие гнойников осуществляли из внебрюшных доступов или лапароскопически. Полость абсцесса санировали раствором хлоргексидина и

дренировали двухпросветными дренажными трубками из поливинилхлорида. В послеоперационном периоде в полость абсцесса вводили антибактериальные препараты (в зависимости от чувствительности микрофлоры) и осуществляли активное проточно-промывное дренирование его полости. Летальных исходов при лечении неосложненных АБП отмечено не было.

Выводы

Показанием к выполнению релапаротомии является острая патология брюшной полости, развившаяся после операции на желудке.

Причинами внутрибрюшных осложнений в большинстве случаев остаются тактические ошибки и технические погрешности, допущенные на этапе первичного оперативного вмешательства.

Профилактика развития внутрибрюшных осложнений должна осуществляться на этапе выполнения первичного вмешательства и ведения раннего послеоперационного периода, включая оптимальные способы и объем операции; тщательной ревизии, санации и дренирования брюшной полости.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии такового.

Литература/References

- Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни. Хирургия. 2004; 3: 90–3. / Afendulov S.A., Zhuravlev G.Iu., Smirnov A.D. Strategiaia khirurgicheskogo lecheniia iazvennoi bolezni. Khirurgiia. 2004; 3: 90–3. [in Russian]
- Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. и др. Перитонит. Практическое руководство. М.: Литература, 2006. / Savel'ev V.S., Gelf'and B.R. i dr. Peritonit. Prakticheskoe rukovodstvo. M.: Literatura, 2006. [in Russian]
- Веронский Г.И., Вискунов В.Г. Острый панкреатит после операции на желудке. Хирургия. 1993; 7: 17–21. / Veronskii G.I., Viskunov V.G. Ostryi pankreatit posle operatsii na zheludke. Khirurgiia. 1993; 7: 17–21. [in Russian]
- Жебровский В.В. Осложнения в хирургии живота. М.: МИА, 2006. / Zhebrovskii V.V. Oslozheniia v khirurgii zhivota. M.: MIA, 2006. [in Russian]
- Гурин Н.Н., Лагунов В.К. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. Вестн. хирургии. 1999; 1: 18–9. / Gurin N.N., Lagunov V.K. O rasshirenii pokazanii k operativnomu lecheniiu iazvennoi bolezni zheludka. Vestn. khirurgii. 1999; 1: 18–9. [in Russian]
- Поляков И.А. Причина возникновения и основные причины лечения гнойно-септических осложнений после операций на органах брюшной полости. В кн.: Проблемы внутрибольничной инфекции. М.: Медицина, 2003; с. 19–25. / Polyakov I.A. Prichina vzniknoveniia i osnovnye prichiny lecheniia gnoino-septicheskikh oslozhenii posle operatsii na organakh briushnoi polosti. V kn.: Problemy vnutribol'nichnoi infektsii. M.: Meditsina, 2003; s. 19–25. [in Russian]
- Withmann DH. Staged abdominal repair: development and current practice of an advanced operative technique for diffuse suppurative peritonitis. Acta Chir Austriaca 2000; 32: 171–8.
- Shein M. Surgical management of intra abdominal infection: is there any evidence. Lengenbeck's Arch Surg 2002; 387: 1–7.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Костырной Александр Васильевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. каф. хирургии №1 МА им. С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.Вернадского»

Косенко Александр Викторович – канд. мед. наук, доц. каф. хирургии №1 МА им. С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.Вернадского».

Каминский Игорь Владиславович – канд. мед. наук, доц. каф. хирургии №1 МА им. С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.Вернадского». E-mail: Kaminsky_Igor@inbox.ru