

20. Николаев Е.Л., Чупрова О.В. Психологические особенности темпоральной перспективы личности в системе <зависимый – созависимый> // Вестник Чувашского университета. 2013. № 2. С. 102–105.
21. Пятницкая И.Н. Наркомании: руководство для врачей. М.: Медицина, 1994. 554 с.
22. Сафонцева С.В. Отношение к болезни наркозависимых пациентов как условие эффективного лечения // Независимая личность. 2013. № 1. С. 2–7.
23. Чирко В.В. Закономерности течения и исходов наркомании и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного катамнеза): дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 249 с.
24. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. СПб.: Лань, 1999. 382 с.
25. Factors associated with 12 month continuous heroin abstinence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS) / S. Darke, J. Ross, M. Teesson et al. // J. Subst. Abuse Treat. 2005. Vol. 28, № 3. P. 255–263.
26. Hiller M.L. Problem Severity and Motivation for Treatment in Incarcerated // Substance Abuse & Misuse. 2009. № 44. P. 28–41.
27. Magee M., D'Antonio M. The Best Medicine: Doctors, Patients, and the Covenant of Caring. N.Y.: St. Martin's Press, 1999.
28. Merrill J.O., Rhodes L.A., Deyo R.A., Marlatt G.A., Bradley K.A. Mutual Mistrust in the Medical Care of Drug Users: The Keys to the 'Narc' Cabinet // J. of General Internal Medicine. 2002. Vol. 17, № 5. P. 327.
29. Mills E., Nachega J., Bangsberg D., Singh S., Rachlis B., Wu P., Wilson K., Buchan I., Gill C., and Cooper C. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient reported barriers and facilitators // PLoS Med. 2006. Vol. 3, № 11. P. 438.
30. Parsons J. Opioid dependence. Are pharmacotherapies effective? // Austral. Family Physician 2002. Vol. 31(1), Jan. P. 4–5.
31. Stapleton H., Kirkham M., Thomas G. Qualitative study of evidence-based leaflets in maternity care // British Medical J. 2002. Vol. 324.
32. Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders / D.M. Herbeck, D.J. Fitek, D.S. Svikis et al. // American J. on Addictions. 2005. Vol. 14. P. 195–207.

БЕЛОКОЛОДОВ ВЛАДИМИР ВИКТОРОВИЧ – аспирант кафедры клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Россия, Санкт-Петербург (vladimir.belokolodov@yandex.ru).

BELOKOLODOV VLADIMIR – post-graduate student of Clinical Psychology and Psychological Assistance Chair, Gerzen State Pedagogical University of Russia, Russia, St. Petersburg.

УДК 616-008.6-02:616.33-089-87

ББК Р457.445.22-86-7

В.Е. ВОЛКОВ, С.В. ВОЛКОВ, Ю.А. ИГОНИН, Н.Н. ЧЕШОКОВА

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГАСТРЭКТОМИЮ

Ключевые слова: гнойно-септические осложнения, гастрэктомия, перипанкреатический инфильтрат, поддиафрагмальный абсцесс.

Проведен ретроспективный анализ послеоперационных осложнений у 747 больных, перенесших стандартные и расширенно-комбинированные гастрэктомии по поводу рака желудка I-III стадий за период с 1972 г. по 2010 г. Из этого количества больных спленопанкреатогастрэктомии были выполнены у 53 (18,2%). Различные по тяжести послеоперационные осложнения отмечены у 181 (21,4%) больного. Локальные гнойно-септические осложнения наблюдались у 38 больных (40,76%). Частота поддиафрагмальных абсцессов составила 4,96%, парапанкреатического абсцесса – 0,68%.

V. VOLKOV, S. VOLKOV, Yu. IGONIN, N. CHESOKOVA

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SEPTIC COMPLICATIONS AFTER TOTAL GASTRECTOMY

Key words: septic complications, gastrectomy, pancreatic inflammatory mass, subdiaphragmatic abscess.

A retrospective review of postoperative complications after the standard and combined gastrectomies in 747 patients with I-III stage gastric cancer for the period 1972 – 2010 is presented. Of that total number splenopancreatogastrectomies were performed in 53 patients (18,2%). Various postoperative complications were recorded in 181 patients (21,4%). Local septic complications revealed in 38 patients (40,76%). Subdiaphragmatic abscesses were diagnosed in 4,96% and peripancreatic abscess rate was 0,68%.

Типовые и комбинированные гастрэктомии, выполняемые по поводу рака желудка и других заболеваний этого органа, приводят к различным по тяжести послеоперационным осложнениям, которые нередко являются причиной

летального исхода оперированных больных. Так, по данным D.T. Dempsey, частота послеоперационных осложнений после гастрэктомии составляет 46%, а летальность – 13% [10]. По данным ФГБУ «Российский научный центр хирургии имени акад. Б.В. Петровского» РАМН, частота послеоперационных осложнений после гастрэктомии составляет 34%, а летальность – 6% [7]. По данным некоторых авторов [8, 14, 19], различные по тяжести осложнения после гастрэктомии встречаются с частотой от 33 до 86,7%. Приведенные данные подтверждают необходимость дальнейшей разработки ряда вопросов, касающихся улучшения непосредственных результатов гастрэктомии, прежде всего расширенно-комбинированных оперативных вмешательств (эзофагогастрэктомия, спленопанкреатогастрэктомия и др.).

В структуре осложнений после гастрэктомии значительное место занимают инфильтраты и абсцессы брюшной полости. В последние годы наметилась тенденция к увеличению количества интраабдоминальных абсцессов не только из-за несостоятельности швов пищеводно-кишечных соустьев, но и вследствие выполнения расширенно-комбинированных гастрэктомий с расширенной лимфодиссекцией в объеме D2, D3, и D4 [2].

В.С. Маят и соавт. на 727 резекций желудка и гастрэктомий наблюдали образование инфильтратов и абсцессов брюшной полости в 10 (1,4%) случаях; в 2 случаях это осложнение явилось причиной летального исхода больных [5].

М.И. Давыдов и М.Д. Тер-Аванесов на 102 стандартные гастрэктомии наблюдали образование внутрибрюшных абсцессов в 4,9% случаев, а в группе расширенно-комбинированных гастрэктомий (104 чел.) частота этого осложнения составляла в среднем 5,8% [1].

Из 747 больных, перенесших гастрэктомию, внутрибрюшные абсцессы нами были отмечены у 41 (5,49%) пациента. Из 407 больных, перенесших гастрэктомию в период с 1972 г. по 1995 г., развитие внутрибрюшных абсцессов нами наблюдалось у 21 (5,16%) пациента. Из группы больных, объединяющей 340 гастрэктомий (1996 – 2010 гг.), это осложнение отмечено у 20 (5,88%) пациентов. Разница в частоте развития интраабдоминальных абсцессов в обеих группах несущественна ($p > 0,05$). Причинами развития этого осложнения в группе больных, объединяющей 407 гастрэктомий, явились несостоятельность швов пищеводно-кишечных соустьев, наблюдаемая у 22 больных (5,4%), несостоятельность швов других анастомозов (межкишечного, толсто-толстокишечного), послеоперационный панкреонекроз, послеоперационный перитонит при герметичности швов соустьев и др. Следует отметить, что у больных раком желудка данной анализируемой группы гастрэктомия производилась в объеме D1. В то же время у большинства больных, перенесших оперативное вмешательство в последние годы, гастрэктомия выполнялась в объеме D2. Однако за указанный период нами было отмечено снижение частоты несостоятельности швов пищеводно-кишечных соустьев (2,94%) при одновременном увеличении частоты послеоперационных панкреонекрозов (2,94%) и послеоперационных перитонитов (6,76%).

Исходя из этих данных, можно прийти к выводу, что лимфодиссекция в объеме D2 существенно не повлияла на увеличение частоты развития внутрибрюшных абсцессов. К подобному же выводу пришли в своих исследованиях М.И. Давыдов и соавт. [2]. По мнению авторов, расширение границ лимфодиссекции до D3 не привело к сколько-нибудь значимому увеличению частоты угрожающих жизни хирургических или терапевтических осложнений. Собственный опыт указанных авторов, а также результаты наших исследований подтверждают мнение некоторых японских авторов о том, что основной причиной формирования поддиафрагмальных абсцессов после расширенных гастрэктомий является не объем лимфодиссекции, а резекция поджелудочной железы [17]. К. Yamaguchi и со-

авт. указывают, что дистальная резекция поджелудочной железы сопровождается развитием абсцессов брюшной полости в 11% случаев [18].

Установлено, что комбинированные гастрэктомии с дистальной и субтотальной панкреатэктомией приводят к увеличению количества послеоперационных осложнений и возрастанию процента летальности в среднем в 2 раза [16, 13]. Частота развития несостоятельности швов в области культи поджелудочной железы с последующим скоплением панкреатического сока вокруг железы, формированием перипанкреатического абсцесса или панкреатического свища колеблется от 5 до 25%, составляя в среднем 20% [9, 12, 11].

М.М. Bilimogia и соавт. наблюдали после резекции поджелудочной железы развитие локальных гнойно-септических осложнений с последующим формированием панкреатического свища в 34% случаев [15]. Другим наиболее опасным послеоперационным осложнением дистальной и субтотальной панкреатэктомии является некроз культи поджелудочной железы, частота которого достигает более 24%, а летальность – свыше 32% [3, 6].

Из 45 больных, у которых был использован комбинированный метод герметизации культи поджелудочной железы, осложнения со стороны культи отмечены у 4 (8,9%) пациентов (некроз культи, панкреатический свищ, парапанкреатический инфильтрат), из них 2 умерли. Несостоятельность швов культи железы с развитием местного скопления панкреатического содержимого отмечена у 1 (2,2%) больного.

В большинстве случаев развитие послеоперационного панкреонекроза у больных, перенесших гастрэктомию, сопровождается формированием локальных гнойных осложнений. Микробная транслокация на фоне воспаления и деструкции паренхимы поджелудочной железы, наличие экссудата в брюшной полости, особенно при несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза, могут привести к формированию абсцессов брюшной полости с различной локализацией (поддиафрагмального, парапанкреатического и др.). Парапанкреатический и поддиафрагмальный абсцессы нередко имеют в качестве первопричины деструкцию ткани поджелудочной железы. Анализ результатов проведенных нами исследований позволил подтвердить определенную значимость резекции поджелудочной железы, особенно послеоперационного панкреонекроза культи железы, в формировании абсцессов с локализацией в левом поддиафрагмальном пространстве и вокруг культи поджелудочной железы.

Ограниченные инфильтраты и абсцессы могут развиваться в результате инфицирования брюшной полости во время гастрэктомии и осумковании инфицированного выпота, нагноения гематомы. Значительно реже абсцессы формируются при наличии воспалительного очага вне зоны оперативного вмешательства и распространении инфекции по лимфатическим и кровеносным сосудам.

По нашим данным, частота поддиафрагмальных абсцессов у больных после гастрэктомии составляет 2,73%, подпеченочного абсцесса – 0,23%, парапанкреатического абсцесса – 0,68%, межкишечного абсцесса – 0,46%. Следует отметить, что у одного и того же больного могут одновременно сформироваться два и более абсцесса с различной локализацией (поддиафрагмальный + подпеченочный абсцессы и другой локализации).

Как показали наши исследования, развитие внутрибрюшных абсцессов встречается при всех вариантах формирования пищеводно-кишечного анастомоза. Так, при формировании данного соустья аппаратным методом образование внутрибрюшных абсцессов, включая поддиафрагмальный, отмечено у 14 (5,71%) больных, при наложении прямого эзофагодуоденоанастомоза ручным методом – у 2 (3,28%), при формировании пищеводно-кишечного соустья ручным методом – у 6 (2,84%), при наложении пищеводно-кишечного анастомоза электрохирургическим методом – у 19 (8,6%) пациентов.

Инфильтраты и абсцессы брюшной полости, в том числе и поддиафрагмальные, клинически проявляются на различных сроках после гастрэктомии: чаще между 10-м и 20-м днями, а иногда позже. Первые признаки этого осложнения, свидетельствующие обычно о неблагоприятном течении послеоперационного периода, появляются у больных на сроках спустя 7–10 дней после операции.

Распознавание внутрибрюшных абсцессов нередко представляет большие трудности. Симптомы этого осложнения, особенно в начальной стадии, могут быть неясно выражены. Клиническая картина данного осложнения зависит от величины абсцесса, его расположения и тяжести других сопутствующих осложнений (пневмония, экссудативный плеврит и др.).

Помимо общих признаков гнойной интоксикации (бледность кожных покровов, адинамия, потеря аппетита, частый пульс, гектическая лихорадка, высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, ускоренная СОЭ, появление белка и цилиндров в моче), наиболее выраженной при локализации гнойника под диафрагмой, общее состояние больных тяжелое. Внешний вид больного свидетельствует о выраженной общей интоксикации: черты лица заострены, кожа покрыта холодным потом. Тяжесть состояния больных нередко усугубляется длительным парезом кишечника, с трудом поддающимся общепринятой консервативной терапии.

При локализации гнойника в левом поддиафрагмальном пространстве больного беспокоят тупые боли в нижних отделах грудной клетки слева, усиливающиеся при глубоком вдохе. Наряду с болями у некоторых больных отмечается сухой кашель, вызванный раздражением диафрагмы с покрывающей ее брюшиной и базальной плеврой.

При осмотре грудной клетки у некоторых больных удается выявить отставание левой или правой ее половины при дыхании, а в поздних стадиях поддиафрагмального абсцесса – выбухание нижних межреберий слева или справа. В этой же области отмечается болезненность при пальпации, притупление перкуторного звука вследствие реактивного выпота в плевральной полости, а при аускультации – по этой причине ослабление дыхания. Несомненно, указанные симптомы дают основание для диагностики нижнедолевой пневмонии и ошибочного лечения ее антибиотиками, забывая о том, что она носит содружественный характер и что главной причиной ухудшения состояния больного является гнойник под диафрагмой.

Диагностика абсцессов брюшной полости, особенно поддиафрагмальных, сложна. Трудности обусловлены отсутствием клинических признаков, патогномичных для этого осложнения, а также тем, что клиническая картина может быть не выражена у ослабленных и истощенных больных раком желудка, а также вследствие тяжелого оперативного вмешательства и применения антибиотиков широкого спектра действия и других лечебных средств.

В диагностике внутрибрюшных абсцессов, особенно поддиафрагмального абсцесса, исключительно важная роль принадлежит рентгенологическому, компьютерно-томографическому и ультразвуковому методам исследования. В частности, при обзорной рентгеноскопии легко удается заметить высокое стояние правого купола диафрагмы и его неподвижность, значительное увеличение печеночной тени. В половине всех случаев поддиафрагмальный абсцесс содержит газ, и тогда при рентгеноскопии или на рентгенограмме хорошо виден надпеченочный уровень жидкости с полосой просветления за счет газа. При перемене положения (в латеропозиции) наблюдается смещение горизонтального уровня жидкости, расположенного под куполом диафрагмы. При безгазовых гнойниках рентгенодиагностика значительно затруднена. Их диагностика в большинстве случаев основывается на косвенных признаках: высокое стояние диа-

фрагмы и ограничение ее подвижности, наличие реактивного выпота в плевральном синусе.

За последние годы диагностический поиск инфильтратов и абсцессов брюшной полости с успехом осуществляется с помощью компьютерно-томографических и ультразвуковых методов исследования. Эти методы позволяют с большой точностью установить локализацию гноя, его форму и размеры и выявить наличие реактивного плеврального выпота. При этом УЗИ позволяет определить не только оптимальную точку для выполнения плевральной пункции, но и контролировать полноту эвакуации жидкости.

Получение важных ультразвуковых или компьютерно-томографических симптомов может осуществляться, по-существу, в различные временные промежутки от момента выполнения хирургического вмешательства, в частности гастрэктомии. Это обстоятельство диктует необходимость регулярного ультразвукового контроля, прежде всего за зоной оперативного вмешательства, с оценкой динамики развития обнаруженных патологических изменений. Это касается, например, изменения числа и размеров обнаруженных жидкостных скоплений, их формы и контуров, экзогенности содержимого. В связи с этим является весьма важной клиническая оценка динамики течения послеоперационного периода, что позволяет соответствующим образом вносить коррективы в проводимое лечение: консервативное, применение малоинвазивных методов диагностики и лечения, повторное хирургическое вмешательство [4].

При сформировавшихся у больных после гастрэктомии гноящихся брюшной полости показано оперативное вмешательство. Лишь при воспалительных инфильтратах брюшной полости может проводиться консервативное лечение. Оперативное лечение таких постгастрэктомиических локальных внутрибрюшных абсцессов, как поддиафрагмальный, подпеченочный, парапанкреатический, межкишечный, заключается в проведении релапаротомии, санации и адекватном дренировании гнойной полости. У всех наблюдаемых нами больных с постгастрэктомиическими абсцессами были произведены оперативные вмешательства, целью которых являлись вскрытие абсцесса, санация его полости и дренирование с помощью введения в полость нагноения двух дренажных трубок для ежедневного промывания растворами антисептиков или антибиотиков, а при необходимости – для создания проточной системы санации гнойной полости.

Для лечения поддиафрагмальных и панкреатогенных абсцессов является целесообразным использование чрескожного дренирования пункционным или катетерным способом под контролем ультразвукового исследования. Только при невозможности выполнения данной процедуры необходимо прибегать к релапаротомии, санации гнойных очагов и их дренированию. Наиболее сложными для чрескожного пункционного лечения являются парапанкреатические гноящиеся. Это обусловлено их анатомическим окружением (полые и паренхиматозные органы, наличие анастомозов, крупные сосудистые магистрали), а также наличием некротизированных тканей и секвестров, препятствующих полной и адекватной санации гнойных полостей. Поэтому в каждом конкретном случае необходимо серьезно оценивать ожидаемый эффект от планируемого чрескожного пункционного вмешательства в сопоставлении с тяжестью возможного осложнения. В любом случае тонкоигольная диагностическая пункция и серия лечебно-диагностических пункций большой угрозы для больного не представляют, и, если его клиническое состояние позволяет, следует эту возможность использовать. В тех случаях, при которых имеются относительно безопасные трассы для выполнения катетерного дренирования, его применение является целесообразным. Чрескожные вмешательства при поддиафрагмальном абсцессе в большинстве случаев носят дренирующий или комбинированный характер. В зависимости от объема гноящихся для дренирования следует использовать достаточно широкие

катетеры – от 12 до 20 Fr калибра. При наличии безопасного доступа целесообразно двухкатетерное дренирование для создания проточной системы санации гнойника. Наличие на трассе катетерной пункции плеврального синуса не должно рассматриваться как противопоказание к межреберному чрезплевральному чрездиафрагмальному доступу к гнойнику [4]. Обязательным при этом является выполнение последующих лечебных пункций с введением антибиотиков с целью профилактики развития эмпиемы плевральной полости. Особую осторожность при выполнении пункционно-катетерного дренирования следует соблюдать при наличии неудаленной селезенки.

Профилактика инфильтратов и абсцессов брюшной полости заключается в строгом соблюдении асептики во время выполнения гастрэктомии, тщательной герметизации анастомозов (пищеводно-кишечного, межкишечного, толсто-толстокишечного), по возможности необходимо избегать травматизации поджелудочной железы, использовании нетравматичных способов обработки культуры поджелудочной железы, применении в послеоперационном периоде антибиотиков широкого спектра действия. Немаловажную роль при этом также играют тщательное удаление по ходу и в конце операции излившейся в брюшную полость крови, санация и адекватное дренирование брюшной полости.

Литература

1. Давыдов М.И., Тер-Аванесов М.Д. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Современная онкология. 2000. Т. 2, № 1. С. 4–10.
2. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Полоцкий Б.Е. Современная хирургия рака желудка: от D2 к D3 // IX Российский онкологический конгресс: материалы конгресса / Научный совет по комплексной проблеме «Злокачественные новообразования» РАМН и Минздравсразвития РФ; Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН. М., 2005. С. 41–43.
3. Катанов Е.С. Острый послеоперационный панкреатит. Чебоксары: Чувашия, 2000. 602 с.
4. Кубышкин В.А., Вишневецкий В.А. Рак поджелудочной железы. М.: Медпрофилактика, 2003. 386 с.
5. Резекция желудка и гастрэктомия / В.С. Маят, Ю.М. Панцырев, Ю.К. Квашин и др. М.: Медицина, 1975. 368 с.
6. Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Ш. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1987. 217 с.
7. Черноусов Ф.А., Гучаков Р.В. Сравнительная оценка способов формирования эзофагоюно-анастомоза при гастрэктомии // Восстановительные и органосберегающие технологии – главный путь развития хирургии XXI века: материалы конф. / PHLX им. Б.В. Петровского РАМН. М., 2004. С. 131.
8. Andreollo N.A., Lopes L.R., Coelho Neto S. Postoperative complications after total gastrectomy in the gastric cancer. Analis of 300 patients // ABCD Arq Brus. Chir. Dig. 2011. Vol. 24, № 2. P. 126–130.
9. Balcom J.H., Rattner D.W., Warshaw A.I. Ten-year experience with 733 pancreatic resection // Arch. Surg. 2001. Vol. 136. P. 391–398.
10. Dempsey D.T. Stomach // Schwartz's manual of Surgery. 8th ed. / Ed. by F.Ch. Brunicaardi. N.Y.; Chicago; San Francisco, 2006. P. 650–684.
11. Distal pancreatectomy: indications and outcomes in 235 patients / K.D. Lillemoe, S. Kaushal, J.L. Cameron et al. // Ann. Surg. 1999. Vol. 229. P. 693–700.
12. Morbidity, mortality, and technical factors of distal pancreatectomy / B.N. Fahey, C.F. Frey, H.S. Ho et al. // Amer. J. Surg. 2002. Vol. 183. P. 237–241.
13. Mulholland M.W., Doherty G.M. Complications in Surgery // Lippincott Williams Wilkins. Philadelphia; Baltimore; N.Y.; L., 2006. P. 396–473.
14. Noncurative total gastrectomy and oesophagogastrectomy in the treatment of advanced gastric carcinoma in a country with incidence / C. Kotan, E. Kisli, O. Cikman et al. // Acta chir. belg. 2005. Vol. 105. P. 519–522.
15. Pancreatic leak after left pancreatectomy following main pancreatic duct ligation / M.M. Bilimoria, J.N. Cormier, J.E. Mun et al. // Brit. J. Surg. 2003. Vol. 90. P. 190–196.
16. Postoperative morbidity and mortality after D1 and D2 resections for gastric cancer / A. Cuschieri, P. Fayers, J. Fielding et al. // Lancet. 1996. Vol. 347. P. 995–999.
17. Sasako M., Sano T., Katai H. Gastric Cancer. Oxford: Oxford University Press, 1977.
18. Which is less invasive-distal pancreatectomy or segmental resection? / K. Yamaguchi, K. Yokohata, M. Ohkido et al. // Int. Surg. 2000. Vol. 85(4). P. 297–302.
19. Yang Y.S., Chen L.Q., Yan X.X., Liu Y.L. Preservation versus non-preservation of the duodenal passage following total gastrectomy: a systematic review // J. Gastrointest. 2013. Vol. 17(5). P. 877–886.

ВОЛКОВ ВЛАДИМИР ЕГОРОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии № 1, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (mila41250@mail.ru).

VOLKOV VLADIMIR – doctor of medical sciences, professor, head of Hospital Surgery № 1 Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии № 1, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (mila41250@mail.ru).

VOLKOV SERGEY – candidate of medical sciences, associate professor of Hospital Surgery № 1 Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ИГОНИН ЮВЕНАЛИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии № 2, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (sveklavna@mail.ru).

IGONIN YUVENALIY ALEKSANDROVICH – candidate of medical sciences, associate professor of Hospital Surgery № 2 Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ЧЕСНОКОВА НАТАЛИЯ НИКОЛАЕВНА – клинический ординатор кафедры госпитальной хирургии № 1, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары.

CHESNOKOVA NATALIYA – resident physician of Hospital Surgery № 1 Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

УДК 616.33-089.87

ББК Р457.445.22-86

С.В. ВОЛКОВ, Ю.А. ИГОНИН

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И ДИАГНОСТИКИ ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКОГО ДЕМПИНГ-СИНДРОМА И ЕГО СОЧЕТАННЫХ ФОРМ

Ключевые слова: демпинг-синдром, гастрэктомия, патогенез демпинг-синдрома, системные и абдоминальные симптомы, уровни гликемии в норме и при демпинг-синдроме.

Представлены патогенез и особенности клинического течения постгастрэктомического демпинг-синдрома у 109 больных, перенесших типовые и комбинированные гастрэктомии. Мужчин было 73, женщин – 36. У 42 больных демпинг-синдромом были изучены изменения показателей гликемии после проведения нагрузки глюкозой. Результаты исследований показали, что стойкие и тяжелые проявления демпинговой реакции, подтвержденные наличием гликемических кривых «диабетического» типа, поддерживаются за счет нарушения внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Диагностика демпинг-синдрома у больных после гастрэктомии должна основываться на идентификации системных и абдоминальных симптомов с учетом количества баллов по шкале H. Sigstad.

S. VOLKOV, Yu. IGONIN KEY ASPECTS OF PATHOGENESIS AND DIAGNOSTICS OF POSTGASTRECTOMY SYNDROME AND ITS COMBINED FORMS

Key words: dumping syndrome, gastrectomy, pathogenesis of dumping syndrome, systemic and abdominal symptoms, level of glycemia in norm and in dumping syndrome.

The pathogenesis and aspects of clinical course of dumping syndrome after standard and combined total gastrectomy in 109 patients were presented. Of total there were 73 men and 36 women. The changes of the blood glucose level after glucose intake were studied in 42 patients with dumping syndrome. The results showed that sustained and severe symptoms of dumping were due to disorder of internal secretion of the pancreas. The concept was supported by the glycemia levels of the diabetic type. The diagnosis of dumping syndrome in patients after total gastrectomy has to be based on identification of the systemic and abdominal symptoms according to the scale proposed by H. Sigstad.

Среди последствий гастрэктомии на отдаленных сроках после операции особое место занимает демпинг-синдром. В современной литературе имеются лишь единичные сообщения о частоте развития данного синдрома у больных, перенесших типовые и комбинированные гастрэктомии. По данным R. Tomita и соавт., частота этого осложнения у больных, перенесших гастрэктомию, колеблется от 7 до 46% [5].