

рюшинной клетчатки в сочетании с проведением в послеоперационном периоде регионарной лимфотропной терапии позволяет в подавляющем большинстве случаев избежать развития гнойно-деструктивных осложнений и, тем самым, улучшить результаты комплексного лечения данной категории больных.

Головизнин А.А., Никитин Н.А., Мальщук В.Н.,
Злобин А.И., Онучин М.А.

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Проблема перфоративных гастродуоденальных язв (ПГДЯ), как одного из самых грозных и опасных для жизни осложнений язвенной болезни, не утратила своей актуальности и в настоящее время. Главной причиной для беспокойства является несоответствие успехов терапевтической гастроэнтерологии, подкрепленной высочайшей научной наградой, и роста количества пациентов с осложнениями язвенной болезни. Частота ПГДЯ составляет 20%. Увеличился процент (до 40%) гигантских каллезных язв, а также сочетанных осложнений язвенной болезни, при которых паллиативное ушивание не избавляет от болезни и носит вынужденный характер во имя спасения жизни больного (Х.Т. Нишанов, 2003).

Несмотря на 125-летнюю историю поисков хирургического решения проблемы, результаты лечения пациентов с ПГДЯ сегодня не дают поводов для оптимизма: послеоперационная летальность достигает 19% (В.К. Гостишев, 2005).

Цель и задачи исследования: проанализировать причины летальности и определить факторы риска при ПГДЯ.

Материалы и методы: На базе Северной городской клинической больницы г. Кирова за период с 1997 по 2004 гг. оперирован 901 больной ПГДЯ, из них 334 (37,1%) пациентам выполнена первичная резекция желудка (РЖ), 567 (62,9%) – ушивание перфорации (УП). Мужчин было 805 (89,4%), женщин – 96 (10,6%). Возраст пациентов варьировал от 17 до 88 лет, при этом 125 (13,9%) больных были старше 60 лет. Сопутствующая патология (СП) отмечена у 198 (21,9%) больных. Язвенный анамнез отсутствовал у 453 (50,3%) пациентов. До 6 часов с момента перфорации госпитализированы 774 (86%) больных, в сроки 7-24 час – 81 (8,9%), позднее 24 час – 46 (5,1%). Локализация перфоративной язвы в желудке была у 58 (6,4%) больных, в двенадцатиперстной кишке (ДПК) – у 843 (93,6%).

Для уточнения показаний к РЖ при ПГДЯ нами проведено изучение микробизма экссудата из брюшной полости. Микробное загрязнение отмечено в 100% случаев у пациентов ПГДЯ, поступивших позднее 24 часов, и в 8% случаев в сроки от 6 до 24 часов; сомнительное микробное обсеменение выявлено в 92% случаев у больных, поступивших в сроки от 6 до 24 часов и в 55% – до 6 часов с момента перфорации; отсутствие роста бактерий наблюдалось в 45% случаев только у пациентов, поступивших до 6 часов.

Показаниями к РЖ при ПГДЯ явились: повторная перфорация язвы – у 39 (11,7%) больных; сочетанные осложнения – у 114 (34,1%); каллезный характер, большие размеры язвы передней стенки ДПК и желудочная локализация язвы – у 179 (53,6%); несостоятельность швов ушитой перфоративной язвы – у 2 (0,6%). Показанием для УП служили: малые размеры язвы, отсутствие язвенного анамнеза. Вынужденный характер УП при наличии морфологических показаний для РЖ носило при распространенном гнойном перитоните у 26 (4,6%) больных, а также у 29 (5,1%) пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

Всем больным ПГДЯ проводилась интраоперационная антибиотикопрофилактика цефалоспорины III поколения.

Результаты. Послеоперационные осложнения (ПО) отмечены у 92 (10,2%) больных: после РЖ – у 34 (10,2%), после УП – у 58 (10,2%). ПО у 18 (2%) пациентов представлены нагноением послеоперационной раны, у 20 (2,2%) больных – внутрибрюшными осложнениями, у 54 (5,9%) ПО связаны с поражением жизненно важных органов и систем. Послеоперационная летальность (ПЛ) при ПГДЯ составила – 4,6% (41 из 901), после РЖ – 11 (3,3%), после УП – 30 (5,3%). Среди умерших больных мужчин было 28 (68,3%), женщин – 13 (31,7%); 16 (34,8%) пациентов госпитализированы позднее 1 суток; 28 (68,3%) были в возрасте старше 60 лет; у 33 (80,5%) имелась СП.

Всем 20 (2,2%) больным с внутрибрюшными ПО потребовались повторные хирургические вмешательства. После РЖ релапаротомия (РЛ) выполнена в 8 (2,4%) наблюдениях, после УП – в 11 (1,9%), в 1 наблюдении РЛ была выполнена по поводу дуоденального свища на почве недиагностированной атипичной перфорации дуоденальной язвы после вскрытия абсцесса сальниковой сумки. Показанием для РЛ после УП явились: несостоятельность ушитой перфорации – 2 случая, прогрессирование перитонита – 6, абсцессы в брюшной полости – 2, перфорация другой язвы – 1. Показаниями для РЛ после РЖ были: несостоятельность дуоденальной культи – 3 случая, абсцессы в брюшной полости – 2, панкреонекроз – 1, тромбоз в бассейне верхнебрыжечной артерии – 1, атония культи желудка – 1. В 5 наблюдениях потребовалось выполнение программированных санаций брюшной полости. Причинами летальных исходов после РЖ в одном наблюдении явился абдоминальный сепсис, в двух наблюдениях – полиорганная несостоятельность (ПОН), в 2 – прогрессирование сердечной патологии. После УП причиной гибели явились: лейкоз и перфорация другой язвы желудка – 1 наблюдение, абдоминальный сепсис – 3.

Из 38 больных, поступивших позднее 24 часов с момента перфорации язвы, УП произведено у 21 больного, РЖ – у 17. У всех 17 больных РЖ носила характер операции отчаяния (у 14 – сочетанные осложнения язвы ДПК, у 3 – атипичная перфорация язвы желудка). После РЖ умерли 2 (11,8%) пациентов старше 60 лет: от перитонита – 1, пневмонии – 1. Причинами 11 летальных исходов после УП (мужчин – 6, женщин – 5; 9 больных старше 60 лет с СП) явились: ПОН на фоне перитонита – 8, инсульт (ОНМК) – 2, пневмония – 1.

Причинами ПЛ у 19 больных с ПО со стороны жизненно важных органов и систем (мужчин - 15, женщин - 4, старше 60 лет - 12, СП - у 16, РЖ - у 4, УП - у 15) явились: после РЖ острый инфаркт миокарда - 1, пневмония - 1, ОНМК - 1, тромбоэмболии легочной артерии - 1; после УП ПОН на фоне перитонита и СП - 8, пневмония - 2, ОНМК - 2, интоксикация (метастатический рак печени) - 1, лейкоз - 2.

Результаты исследования показывают, что основной причиной ПЛ при ПГДЯ являются ПОН на фоне перитонита и СП, при этом у большинства больных был минимальный объем хирургического вмешательства (УП). Большинство умерших больных были старше 60 лет - 68,3%, имели СП (80,5%). Особую угрозу для жизни представляют внутрибрюшные ПО (ПЛ возрастает до 45%) и позднее обращение больных (ПЛ - 34,7%). Внутрибрюшные ПО послужили причиной летального исхода в одинаковом проценте случаев радикальных и паллиативных хирургических вмешательств.

При анализе ПЛ выявлены следующие неблагоприятные факторы: 1) возраст старше 60 лет (ПЛ - 22,4%, 28 из 125, до 60 лет ПЛ - 1,7%); 2) сопутствующая патология (ПЛ - 16,7%, 33 из 198, без СП ПЛ - 1,1%); 3) поздняя госпитализация (до 6 часов ПЛ - 2,4%, 19 из 774, 6-24 часа ПЛ - 7,4%, 6 из 81, позднее 24 часов ПЛ - 34,7%, 16 из 46); 4) ПО (ПЛ - 39,1%, 36 из 92, без ПО ПЛ - 0,6%); 5) сочетанные осложнения язвы (ПЛ - 13,8%, 16 из 116, без сочетанных осложнений ПЛ - 3,2%).

Выводы: 1. Расширение временного интервала с момента перфорации язвы к выполнению первичной РЖ на фоне антибиотикопрофилактики не увеличивает процент ПО, не ухудшает результаты лечения ПГДЯ.

2. У больных ПГДЯ с распространенным перитонитом необходимо использовать программированные санации брюшной полости с целью профилактики развития внутрибрюшных ПО.

3. Своевременно выполненная РЛ при развитии внутрибрюшных ПО является единственным оправданным методом спасения жизни больного ПГДЯ.

4. РЖ в сроки свыше 24 часов с момента перфорации язвы при сочетании с другими осложнениями язвенной болезни, когда другие оперативные пособия невыполнимы, является оправданным адекватным хирургическим вмешательством.

Евтихова Е.Ю., Лебедева О.А., Евтихов Р.М., Гагуа А.К., Чикин А.Н.

ВАРИАНТ ЭТАПА БИЛИАРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Ивановская государственная медицинская академия, г. Иваново

В настоящее время хронический панкреатит является самой частой патологией поджелудочной железы, составляя в структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта от 5 до 10%. Особенно увеличилось число больных с осложненными формами данного заболевания, нуждающихся в хирургическом лечении. Тем не менее, до настоящего времени про-

должаются дискуссии о виде хирургического вмешательства для отдельных форм хронического панкреатита. С помощью различного вида эндоскопических и малоинвазивных чрескожных технологий или дренирующих операций у многих больных возможно снять боль, создать адекватный отток панкреатического секрета, а также желчи и устранив внутрипротоковую гипертензию, обеспечить стабилизацию процесса в поджелудочной железе. Нередко кроме выраженного фиброза головки поджелудочной железы, приводящего к механической желтухе и дуоденальному стенозу, в ней также локализуются абсцессы, кисты и конкременты. Поэтому не случайно выделяются особенно тяжелые формы хронического панкреатита, протекающие с инфекционно-септическими осложнениями, холестазом, гастродуоденальными изъязвлениями. Доказано, что хронический панкреатит является "почвой", "ложем", "основой" для возникновения карциномы поджелудочной железы. Поэтому оставление выраженной патологии, преимущественно локализуемой в головке ПЖ, чревато реальной опасностью малигнизации и гнойно-септическими осложнениями. В этих ситуациях показана панкреатодуоденальная резекция.

Панкреатодуоденальная резекция при хроническом панкреатите на современном этапе становится распространенной операцией. Применение сандостатина в значительной степени предотвращает несостоятельность панкреатоеюноанастомоза и развитие панкреонекроза. Однако, проблемой остаётся возможная несостоятельность гепатоеюноанастомоза у больных с узким и тонкостенным общим печеночным протоком.

С 1994 по 2006 гг. нами выполнено 109 панкреатодуоденальных резекций по поводу хронического панкреатита. Среди оперированных было 99 мужчин и 10 женщин в возрасте от 32 до 61 года. Всем больным проводили обследование с обязательным включением УЗИ, компьютерной томографии и эндоскопической панкреатикохолангиографии. У 49 (46,8%) пациентов первоначально в различных лечебных учреждениях проводились определенного вида дренирующие операции, которые в дальнейшем оказались не эффективными. В зависимости от вида предыдущей операции, мы применяли варианты этапов реконструкции во время панкреатодуоденальной резекции.

Следует отметить, что у 25 (27,5%) оперированных общий печеночный был узким и тонкостенным. При этом этап проведения гепатоеюноанастомоза оказывался сложным, сопровождаясь риском возникновения его недостаточности. В первые годы проведения ПДР у двоих больных с узким и тонкостенным общим печеночным протоком возникла несостоятельность гепатоеюноанастомоза. Поэтому в этих случаях с 1996 года мы стали проводить прецизионный гепатоеюноанастомоз на каркасном дренаже, имеющим наружный диаметр до 4 мм. С этой целью проксимальный конец дренажа заводили за гепатоеюноанастомоз на 3 - 4 см, а его дистальный отдел выводили через участок кишки на переднюю брюшную стенку. На уровне анастомоза, для профилактики преждевременного выпадения дренажа, проводили дополнительную его внутреннюю фиксацию кетгутовой нитью. Созданные множествен-