

К ПРОБЛЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

© 2006 г. Н.Л. Хашиев, И.И. Таранов, Н.В. Усик, А.М. Яндиев, О.А. Султыгов

Как известно, в последнее время среди пациентов с сочетанными осложнениями пенетрирующих гастродуоденальных язв (СОПГЯ) отмечается рост числа больных с язвами гигантских размеров, составляя более 40 % [1]. Рубцово-спаечный процесс и воспалительный инфильтрат вокруг пенетрирующих язв достигает 6–12 см и более. В связи с этим выполнение оперативных вмешательств у них занимает больше времени, сопряжено с повышенной травматизацией прилежащих органов и тканей, а послеоперационный период протекает тяжело и с частыми осложнениями. При одновременном сочетании пенетрирующих язв с кровотечением, перфорацией и (или) пилородуоденальным стенозом состояние больных после операции еще более утяжеляется. Они нуждаются в интенсивной послеоперационной терапии. Наиболее характерными осложнениями у них являются перитониты, связанные с несостоятельностью швов культи 12-перстной кишки или гастродуоденоанастомоза, кровотечения, острые панкреатиты, нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, гнойники и инфильтраты брюшной полости, а также осложнения со стороны органов дыхания и кровообращения (пневмонии, тромбозы, эмболии, острая сердечно-сосудистая недостаточность и др.). Для эффективной профилактики и лечения этих осложнений традиционно применяемый подход (ТПП) к ведению больных в послеоперационном периоде оказывается недостаточным. По данным разных авторов, послеоперационные осложнения при ТПП достигают 32,1–40,0 %, а послеоперационная летальность – 18,9–27,3 [2–4].

Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения больных с СОПГЯ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 528 больных, оперированных по поводу СОПГДЯ, в возрасте от 18 до 86 лет. Для сравнительного анализа результатов лечения пациенты были разделены на 2 группы: 1-я – 205 чел., лечившихся ТПП; 2-я – 323 пациента, лечившиеся с использованием дифференцированного подхода (ДП). Этот подход отличался тем, что на фоне проводимой в послеоперационном периоде интенсивной корригирующей терапии больным в комплекс лечебных мероприятий дополнительно включали: многократные региональные новокаиновые блокады через катетер, установленный во время операции в круглой связке печени, наружную декомпрессию культи желудка и 12-перстной кишки с одновременным энтеральным зондовым питанием через питательно-декомпрессионный зонд. Новокаиновые блокады круглой связки печени обеспечивали значительный обезболивающий эффект, предупреждали развитие пареза кишечника, улучшали функцию дыхания за счет свободной экскурсии грудной клетки, а также создавали условия для ран-

ней активации больных. Своевременному восстановлению перистальтики кишечника способствовали также наружная декомпрессия желудка и энтеральное зондовое питание больных.

Наиболее тяжелым больным во время операции осуществляли канюлирование пупочной вены для прямого подведения лекарственных средств к печени в раннем послеоперационном периоде, а также реинфузии облученной ультрафиолетовыми лучами аутокрови с целью дезинтоксикации и предотвращения острой печеночной недостаточности. Кроме того, больным, оперированным в срочном и плановом порядке, с целью профилактики послеоперационного панкреатита за 2 дня до операции, а лицам, оперированным в экстренном порядке – с 1-го дня после операции назначали препараты, подавляющие функцию поджелудочной железы или ингибиторы протеолитических ферментов, блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов. При развитии свища культи 12-перстной кишки проводили приточно-аспирационное промывание свищевого хода, а при перитоните – раннее оперативное вмешательство с санацией и дренированием брюшной полости. Больным с деструктивными послеоперационными панкреатитами проводили закрытое или открытое дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, а при развитии панкреонекроза – некрэктомию с дренированием забрюшинного пространства.

Результаты. В послеоперационном периоде у больных развились следующие осложнения: несостоятельность швов культи 12-перстной кишки или гастродуоденоанастомоза с перитонитом – у 14 чел., острый деструктивный панкреатит – у 12; инфильтраты брюшной полости – у 6; нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта – у 18; желудочно-кишечное кровотечение – у 3 лиц. Кроме того, имели место осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (13), органов дыхания (25), печени и желчных путей: холециститы – 6, острая печеночная недостаточность – 6; со стороны органов мочевого выделения (5) и операционной раны (13). В общей сложности послеоперационные осложнения развились у 123 чел. (23,3 %). Умерли от послеоперационных осложнений 32 пациента (6,1 %). При этом в группе больных, лечившихся с ТПП, послеоперационные осложнения были выявлены у 66 лиц (32,2 %), из них умерло 18 чел. (8,8 %). При ДП послеоперационные осложнения и летальные исходы отмечены у 57 (17,6 %) и 14 (4,3 %) чел.

Заключение. Таким образом, применение ДП к лечению больных с СОПГДЯ позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений и улучшить результаты хирургического лечения.

Литература

1. *Mamchich V.* Surgical treatment of gigantic ulcerous lesions of stomach and duodenum (GULSD) and there associated localization // World Congresses of Gastroenterology. Vienna, 1998. Exh B 1052. P. 72.
2. *Затевахин И.И., Щеглов А.А.* Обоснование лечебной тактики при кровотечениях из хронических язв желудка и 12-перстной кишки // 8-й Всерос. съезд хирургов. Краснодар, 1995. С. 97–98.
3. *Лосев Р.З., Чирков Ю.В.* Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв // Вестн. хирургии. 1996. № 6. С. 28 – 31.
4. *Dertringer Sh. et al.* Prospective study of diagnosis, therapy and follow-up of acute gastrointestinal hemorrhage in 397 patients // Wiener Klinische Wochenschrift. 1996. Bd. 108. № 2. P. 717 – 721.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Ингушская республиканская клиническая больница, г. Назрань*

17 февраля 2006 г.