

РЕЛАПАРОТОМИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В.И. Мидленко, А.Р. Ахметова, А.В. Смолькина, Ульяновский государственный университет

Ахметова Анжелика Рустамовна – e-mail: smolant1@yandex.ru

С целью выявления причин, приводящих к неудовлетворительным результатам оперативного лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, проанализированы случаи релапаротомий после операций на желудке при язвенной болезни. Из 15 818 операций лицам с острыми хирургическими заболеваниями и травмами органов брюшной полости 170 больным (1,2%) в послеоперационном периоде произведено 210 релапаротомий, из них 38 релапаротомий при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Пути улучшения результатов релапаротомий после операций по поводу осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки видится в адекватной подготовке больных к первой операции, тщательном техническом её осуществлении, в комплексной профилактике всех осложнений операции, также ранней диагностике возникших осложнений и их своевременном радикальном устранении путем выполнения релапаротомии.

Ключевые слова: релапаротомия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Relaparotomies after surgical intervention of stomach with ulcer diseases were analysed for revelation causes which lead to unsatisfactory results of surgical treatment complications of gastric ulcer and duodenal ulcer. Out of 15 818 operations patients with hard surgical diseases and injuries organs of abdominal cavity, 170 persons (1,2%) had 210 relaparotomies, 38 relaparotomies gastric ulcer and duodenal ulcer. The reason of successful results of relaparotomies after operations on complications of gastric ulcer and duodenal ulcer is in adequate preparation patients for first operation, careful its realization, complex prevention all complications of operation and early diagnostics of complications and its radical elimination by relaparotomies.

Key words: relaparotomies, gastric ulcer and duodenal ulcer.

В настоящее время язвенная болезнь является одной из наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов. Хирургические вмешательства у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) относятся к числу наиболее распространенных вмешательств в абдоминальной хирургии и одной из актуальных проблем остаются непосредственные исходы этих операций [1, 2]. Летальность при осложненных формах язвенной болезни желудка и ДПК составляет 2,7–17,0% [3]. Такая высокая летальность во многом обусловлена развитием внутрибрюшных осложнений в раннем послеоперационном периоде [4, 5]. И часто при послеоперационных осложнениях после вмешательства по поводу язвы желудка и ДПК требуется обязательное выполнение релапаротомии, без которой нельзя рассчитывать на благоприятный исход [6]. Одним из грозных послеоперационных осложнений, требующих релапаротомии, является кровотечение, и основными причинами кровотечений после операций на органах брюшной полости являются технические трудности во время операции и врачебные ошибки [7].

Общая частота релапаротомий после операций на желудке колеблется от 11,4 до 31,9% случаев. При этом необходимость в релапаротомии может возникнуть после любого, даже технически безупречно выполненного оперативного вмешательства [6, 7].

Цель исследования: выявление причин послеоперационных внутрибрюшных осложнений, требующих выполнения релапаротомий при хирургическом лечении язвенной болезни желудка и ДПК.

Задачи:

1. изучить структуру послеоперационных осложнений, требующих повторных оперативных вмешательств в ургентной хирургии язвенной болезни желудка и ДПК;
2. оценить качество жизни больных, перенёсших релапаротомии при язвенной болезни желудка и ДПК.

Материалы и методы исследования

Нами изучены результаты лечения больных с экстренной хирургической патологией, находившихся на лечении в хирургическом отделении Центральной городской клинической больницы г. Ульяновска за период с 1998 по 2009 год. За это время произведено 15 818 операций лицам с острыми хирургическими заболеваниями и травмами органов брюшной полости. В связи с развившимися осложнениями, 170 больным (1,2%) в послеоперационном периоде произведено 210 релапаротомий.

Стоит отметить, что в сравнении по годам количество релапаротомий остается стабильным – чуть больше 1%. Непосредственно на желудке было выполнено 1386 операций (таблица 1) по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Из них всего выполнено 38 релапаротомий, что составило 2,7% (табл. 2). После релапаротомий умерло 10 пациентов, что составила 0,72% от всех операций на желудке при язвенной болезни. Послеоперационная летальность от релапаротомий составила 26,3%.

Послеоперационный перитонит является самым частым осложнением операций на желудке и ДПК. Основными

источниками послеоперационного перитонита явились: несостоятельность швов анастомоза, культы ДПК и ушитой язвы (табл. 2). Среди прочих источников послеоперационного перитонита были послеоперационный панкреатит и абсцесс брюшной полости.

ТАБЛИЦА 1.

Частота релапаротомий и летальность после операций на желудке

Заболевание	Всего больных	Число релапаротомий		Из них умерло
		абс. %		
Кровоточащая язва	524	18	3,4	2
Перфоративная язва	729	12	1,6	4
Обострение язвенной болезни	124	6	4,8	2
Сочетание осложнений	9	2	22,2	2
ИТОГО	1386	38	3,7	10

ТАБЛИЦА 2.

Причины релапаротомий после операций на желудке

Характер послеоперационных осложнений	Число больных		Из них умерло
	абс. %		
Несостоятельность желудочно-кишечного анастомоза	3	7,9	1
Несостоятельность швов ушитой язвы	2	5,3	0
Несостоятельность культи ДПК	4	10,5	1
Послеоперационный панкреатит	4	10,5	2
Кровотечение	6	15,7	2
Анастомозит	2	5,3	0
Абсцесс брюшной полости	5	13,2	2
Тонкокишечная непроходимость	12	31,6	2
ВСЕГО	38	100	10

С целью остановки кровотечения повторно оперировано 6 больных. Внутривнутрибрюшные кровотечения оказались у 4 пациентов, в просвет желудочно-кишечного тракта – в 2 случаях. Причем, в 3 случаях кровотечение возникло вследствие недостаточного гемостаза во время операций, у остальных пациентов наблюдалось соскальзывание лигатур, клип или имел место рецидив кровотечения после прошивания язвы.

Травма паренхиматозных органов, печени, селезенки, поджелудочной железы происходит в момент мобилизации желудка и наблюдалась нами у 2 больных. Частая тракция и грубые манипуляции с селезенкой ведут к ее травме в области желудочно-селезеночной связки и отрыву ее от диафрагмы. Поджелудочная железа травмируется при грубых манипуляциях в момент укрытия культы ДПК. В этих случаях возможна травма сосудов с кровотечением как в просвет брюшной полости, так и в забрюшинное пространство.

Объем релапаротомии при послеоперационном кровотечении у больных после вмешательств на желудке определялся источником кровотечения, сроками повторного вмешательства и основной патологией.

Одной из причин неудовлетворительных результатов оперативного лечения язвенной болезни желудка и ДПК является несостоятельность культы ДПК и анастомоза. У наших пациентов это осложнение наблюдалось в 5 случаях. Анализ литературных источников свидетельствует, что несостоя-

тельность культы ДПК возникает у 0,6–3,8% больных после резекции желудка, выполненной по методике Бильрот-II и с летальностью после этого осложнения до 30–40% [4, 6].

Причинами релапаротомий после операций на желудке при язвенной болезни у 4 пациентов (10,5%) был послеоперационный панкреатит и у 2 отмечалась непроходимость желудочно-кишечного анастомоза (анастомозит).

Одной из основных причин неудовлетворительных результатов оперативного лечения язвенной болезни, потребовавших выполнение релапаротомий, была послеоперационная кишечная непроходимость как динамического, так спаечного характера. У наших больных при данном осложнении релапаротомия выполнена у 12 (31,6%) пациентов. Виды оперативных вмешательств представлены в таблице 3.

ТАБЛИЦА 3.

Причины послеоперационной кишечной непроходимости

Причина осложнения	Объем релапаротомии	Число больных
Спаечная болезнь	-рассечение спаек	4
	-резекция тонкой кишки	1
Послеоперационный панкреатит -отечный	-интубация тонкой кишки +холецистостомия	1
	-обходной ГЭА +холецистостомия	2
-деструктивный	-интубация тонкой кишки	1
Функциональная непроходимость ГЭА	-обходной ГЭА	2
Рубцовая стриктура ДПК	-гастроэнтеростомия	1
Постваготомический гастродуоденостаз	-обходной ГЭА	2
ВСЕГО		12

Причинами послеоперационной кишечной непроходимости явились спаечная болезнь и специфические факторы для оперативных вмешательств на желудке и ДПК (послеоперационный панкреатит, приводящий к динамической непроходимости; стриктура ДПК, после ушивания перфоративной язвы; функциональная непроходимость гастроэнтероанастомоза (ГЭА), постваготомический гастродуоденостаз). Послеоперационную кишечную непроходимость выявляли на 4–12-е сутки послеоперационного периода. Показания к релапаротомии определяли в зависимости от локализации препятствия и предполагаемого генеза осложнения. Операция заключалась в устранении непроходимости, санации и дренировании брюшной полости, интубации кишечника.

Одним из новых критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи, получившим развитие в последние годы, является качество жизни. Это интегральная характеристика физического, социально-психологического и эмоционального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. Было исследовано качество жизни больных, оперированных в экстренном порядке по поводу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК в двух группах сравнения: группа А – 22 пациента, перенесших релапаротомию и группа Б – 28 больных, не подвергшихся

повторным оперативным вмешательствам. Для изучения показателей качества жизни нами было проведено тестирование пациентов с использованием русскоязычной версии общего опросника SF-36 (Short Form), являющегося пока единственным опросником, прошедшим весь цикл культурной адаптации к русскоязычным респондентам и являющегося универсальным для различных нозологий. Больные самостоятельно заполняли анкеты, затем проводили подсчет баллов для каждого больного, в каждой точке исследования с дальнейшим анализом динамики состояния пациентов. Структура анкеты позволяет проанализировать компоненты физического здоровья: состояние физического здоровья; ограничение повседневной деятельности из-за проблем физического здоровья; влияние боли на ежедневную активность; общее восприятие здоровья и компоненты психического здоровья: энергичность; слабость; ограничение в социальной активности; ограничение в повседневной активности из-за эмоциональных проблем; психическое здоровье. Опрос проводили через 1, 3 и 5 лет после оперативного вмешательства. Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что КЖ пациентов по опроснику SF-36 после релапаротомии значительно ниже по всем показателям, чем у пациентов, которым не проводились повторные оперативные вмешательства. И существенно снижено по шкалам: болевой синдром (P) – ухудшение на 37%, физическое функционирование (PF) – ухудшение на 19%, ролевое физическое функционирование (RP) – ухудшение на 24%, социальное функционирование (SF) – ухудшение на 25%.

Выводы

1. Частота релапаротомий после экстренных операций при язвенной болезни желудка и ДПК составила 2,7%. Показаниями к повторным операциям на брюшной полости при данной патологии явились: послеоперационный перитонит у 18 (47,4%) пациентов, тонкокишечная непроходимость у 12 (31,6%) больных, повторное кровотечение в 6 (5,7%) случаях и анастомоз у 2 (5,7%) больных. Послеоперационная летальность от релапаротомий составила 26,3%.

2. Значительный объем оперативного вмешательства в брюшной полости при язвенной болезни желудка и ДПК, тяжесть послеоперационных осложнений, а также наличие сопутствующих заболеваний, оказывающих неблагоприятное влияние на течение послеоперационного периода, сказались на исходах лечения данной патологии. Следовательно, пути улучшения результатов релапаротомий после операций по поводу осложнений язвенной болезни желудка и ДПК видятся в адекватной подготовке больных к первой операции, тщательном техническом ее осуществлении, в комплексной профилактике всех осложнений операции, также ранней диагностике возникших осложнений, включая как клинические, лабораторные, так и рентгенологические и эндоскопические методы исследования.

3. При изучении качества жизни больных, оперированных в экстренном порядке по поводу осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, по опроснику SF-36 выявлено значительное снижение по физическому и социальному функционированию, а также по более выраженному болевому синдрому.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2001. № 1. С. 27–32.
2. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.: Трида-Х, 2004. 640 с.
3. Lassen A., Hallas J., Schaffalitzky de Muckadell O.B. Complicated and uncomplicated peptic ulcers in a Danish county 1993-2002: a population-based cohort study. Am J. Gastroenterol. 2006. № 101 (5). P. 945–953.
4. Магупов Б.А., Маликов Ю.Р., Амонов Г.М. Летальность при гастродуоденальных кровотечениях. Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2007. № 1. С. 44–49.
5. Михайлов А.П., Данилов А.М. и др. Тактика при послеоперационных внутрибрюшных и гастродуоденальных кровотечениях в хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки. Вестник Санкт-Петербургского университета. Сб. 2006. № 3 (11). С. 88–97.
6. Цыбульская И.А. Релапаротомии после оперативных вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке. Автореферат к.м.н. Санкт-Петербург 2008. 20 с.
7. Галкин Р.А., Лещенко И.Г. Релапаротомии при послеоперационных кровотечениях. В кн.: Ошибки в хирургической практике и их предупреждение. Самара. 2008. С. 350–355.