

Ведение послеоперационного периода при видеоэндоскопическом лечении доброкачественных интрамуральных опухолей пищевода и желудка

М.Ф.Черкасов, Д.А.Смирнов, Ю.М.Старцев, В.С.Грошилин

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Ключевые слова: малоинвазивные вмешательства, видеоэндоскопическая хирургия, опухоли пищевода, опухоли желудка.

Доброкачественные опухоли пищевода и желудка являются достаточно редкими заболеваниями, встречаются примерно в 0,5% случаев при аутопсиях и составляют 5-7% всех новообразований данной локализации [2,3]. Выделяют внутрипросветные (эпителиальные) опухоли, которые в основном могут быть удалены при ЭФГДС и внутривенные (интрамуральные), которые подлежат хирургическому лечению, так как вызывают серьезные осложнения такие как кровотечение, озлокачествление, описаны случаи асфиксии опухолью на ножке [1].

Целью настоящего исследования стала разработка алгоритма послеоперационного ведения и определение критериев эффективности послеоперационной фармакотерапии больных с доброкачественными интрамуральными опухолями пищевода и желудка, оперированных видеоэндохирургическим способом.

В Центре хирургии Ростовского ГМУ выполнено 18 видеоэндоскопических операций больным с доброкачественными интрамуральными опухолями пищевода и желудка. Торакоскопическое удаление новообразований выполнено у 9 пациентов при локализации процесса в средне- и нижнегрудном отделах пищевода, лапароскопические вмешательства осуществлены 3 больным при локализации процесса в абдоминальном отделе пищевода и 6 больным с доброкачественными опухолями желудка.

Распределение больных по полу: женщин - 10, мужчин - 8. Средний возраст больных составил 36,5 лет. У 9 пациентов выявлена сопутствующая патология, потребовавшая дополнительной медикаментозной коррекции в пред- и послеоперационном периоде, в том числе ишемическая болезнь сердца – у 5 больных, артериальная гипертензия – у 2, вегето-сосудистая дистония – у 2, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит – у 1 и диффузный токсический зоб – у 1 пациента.

Контролировали до операции и на первые и третьи сутки послеоперационного периода показатели общего обмена веществ: определяли уровень глюкозы, электролитов, выполняли липидограмму и протеинограмму.

При проведении торакоскопических операций плевральную полость дренировали по Бюлау на

24-48 часов, а при лапароскопических вмешательствах на это же время устанавливался дренаж брюшной полости. При всех операциях устанавливали назогастральный зонд на 3-5 суток.

С первых суток послеоперационного периода применяли препараты для коррекции общего обмена веществ, в том числе белкового (инфезол-100, аминоклазма), углеводного (5% и 10% растворы глюкозы), жирового (10% липофундин), минерального (25% раствор магнелии, 1% раствор хлористого кальция, 4% раствор хлорида калия и 0,9% раствор хлорида натрия).

Со вторых суток после операции начинали зондовое питание (нутрикомп, нутризон, берламин-модуляр) сначала в качестве основного питания, а затем как дополнение к пище. На третьи сутки после удаления назогастрального зонда начинали питание естественным путем.

Проводилось лечение: спазмолитики (но-шпа, папаверин), ненаркотические анальгетики (стадол, трамал, кетонал) до 3-4 суток послеоперационного периода.

Интраоперационные повреждения слизистой оболочки или другие осложнения не отмечались. Конверсия с переходом к «открытым» операциям не было.

В предоперационном периоде уровень глюкозы составил $4,28 \pm 0,3$ ммоль/л, натрий $142 \pm 5,6$ ммоль/л, хлор $102 \pm 4,8$ ммоль/л, кальций $2,36 \pm 0,8$ ммоль/л, калий $4,2 \pm 0,7$ ммоль/л, магний $0,9 \pm 0,2$ ммоль/л, общий белок $78 \pm 5,2$ г/л, альбумины $62 \pm 5\%$, α_1 -глобулины $3,5 \pm 1,2\%$, α_2 -глобулины $11 \pm 2,8\%$, β -глобулины $12 \pm 3,4\%$, γ -глобулины $18 \pm 4,3\%$, ХС общ $4,2 \pm 1,4$ ммоль/л, ЛПВП $1,4 \pm 0,6$ ммоль/л, ЛПНП $3,2 \pm 0,9$ ммоль/л, ТАГ $1,6 \pm 0,5$ ммоль/л, ФЛ $3,5 \pm 1,4$ ммоль/л, $p < 0,05$.

В первые сутки послеоперационного периода происходило снижение основных биохимических показателей но не более чем на 10% исходного уровня, к третьим суткам происходило восстановление исходных показателей вследствие проведения адекватной фармакотерапии. При этом гипопротеинемия, характерной для «открытых» операций, не отмечалось.

В послеоперационном периоде осложнений не было. Средняя продолжительность пребывания-

больных в стационаре после операции составила $5,6 \pm 0,9$ койко-дней. Необходимости послеоперационного введения наркотических анальгетиков, переливания препаратов крови, назначения длительных комбинированных курсов антибиотикотерапии не было.

Внедрение видеоэндохирургических операций при лечении больных с доброкачественными интерстициальными опухолями пищевода и желудка позволяет снизить количество интраоперационных осложнений, так как связи с увеличением объема и хорошей визуализацией тканей в зоне вмешательства снижается риск повреждения слизистой оболочки, уменьшается продолжительность общей анестезии.

Видеоэндоскопическая техника вследствие малотравматичного доступа способствует ранней активизации больных, снижает риск развития послеоперационных (в том числе тромбозомических) осложнений. Стало возможным уменьшить сроки пребывания больных в стационаре, отказаться от назначения антибиотиков, препаратов крови, снизить потребления препаратов для наркоза.

Выполнение видеоэндохирургических операций при доброкачественных интрамуральных опухолях пищевода и желудка требует проведения в п/о периоде адекватного лечения, направленного на коррекцию показателей КЩС, белкового и электролитного обмена, профилактику дислипидемии и метаболических расстройств.

Проведенные исследования позволяют рекомендовать применение видеоэндоскопических методов в лечении больных с доброкачественными интрамуральными опухолями пищевода и желудка, а также проводить в раннем послеоперационном периоде коррекцию метаболических расстройств, проведение симптоматической терапии.

Литература

1. Тамулевичюте Д.И., Витенас А.М. Болезни пищевода и кардии. – М.: 1986.
2. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: руководство для врачей. – М.: 2000.
3. Weder W. Minimal invasive thoracic surgery in benign esophageal disease. 2nd EACTS/ESTS joint meeting. – Vienna, 2003. – P. 74-75.

Videoscopic treatment of benign intramural esophageal and gastric tumors in postoperative period

M.F.Cherkasov, D.A.Smirnov, Yu.M.Startsev, V.S.Groshilin

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

Key words: mini-invasive interventions, videoscopic surgery, esophageal tumors, gastric tumors.

The paper presents the results of endosurgical treatment in 18 patients with benign esophageal and gastric tumors and their treatment after operations. The technique of treatment patients in postoperative period are detailed. There were no postoperative complications.