

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Рычагов Г. П., Лемешевский А. И, Барсуков К. Н.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Благодаря успехам консервативной терапии язвенной болезни интерес к оперативному лечению данной патологии значительно снизился. В то же время такие осложнения как перфорация язвы желудка и 12-надцатиперстной кишки, кровотечение из нее, в меньшей степени язвенный стеноз пилородуоденальной зоны с завидным упорством продолжают встречаться в практике хирурга и во многих случаях оперативное лечение требует неотложного или срочного оперативного вмешательства. Следует, к сожалению, констатировать, что число послеоперационных осложнений при лечении данной патологии не стало меньше.

Цель. Изучение частоты и характера послеоперационных осложнений, потребовавших релапаротомии у больных осложненной язвенной болезнью.

Материал и методы. Нами проведено мультицентрическое исследование, в которое вошли данные об оперативном лечении осложненной язвенной болезни за 5-летний промежуток времени в 3-й и 5-й городских клинических больницах г. Минска, Могилевской и Гомельской областных больницах, и центральной районной больнице г. Борисова. За этот промежуток времени в названных лечебных учреждениях по поводу осложненной язвенной болезни оперировано 1384 больных, у 59 (4,2 %) из них выполнена релапаротомия. У 313 (22,6 %) показанием к операции явилось язвенное кровотечение, у 335 (24,2 %) – пилородуоденальный стеноз и у 736 (53,2 %) – перфоративная язва.

Дооперационный диагноз основывался на результатах клинко-лабораторного, рентгенологического, эндоскопического и гистологического методов исследования. В послеоперационном периоде в случае возникновения осложнения, в зависимости от конкретной ситуации использовались эти же методы, а также УЗИ органов брюшной полости, в показанных случаях – КТ и ЯМРТ.

Результаты и обсуждение. Из 313 больных, оперированных по поводу язвенного кровотечения, релапаротомия потребовалась в 22 (7 %) случаях, причем у 10 (45,5 %) – язва локализовалась в желудке и 12 (54,5 %) – в двенадцатиперстной кишке. В 14 (63,6 %) случаях объем первичной операции заключался в прошивании кровоточащего сосуда в области язвы, в 8 (36,4 %) – выполнена резекция желудка по Б-I (4 набл.), Б-II (3 набл.) и по Витебскому (1 набл.). Причинами релапаротомии после операции, предпринятой по поводу язвенного кровотечения, у 8 (36,4 %) больных явилось кровотечение из зоны ушивания язвы (3 набл.) и анастомоза (5 набл.), у 5 (22,7 %) – эвентрация органов брюшной полости, в 4 (18,3 %) – интраабдоминальный абсцесс, в 3

(13,7 %) – несостоятельность швов на желудке и двенадцатиперстной кишке и в 2 (9,2 %) – несостоятельность швов анастомоза.

Из 335 оперированных по поводу пилородуоденального стеноза и пенетрации язвы релапаротомия выполнена у 15 (4,5 %) человек. У 13 (86,7 %) язва располагалась в двенадцатиперстной кишке и у 2 (13,3 %) – в антральном отделе желудка. У всех больных, нуждавшихся в релапаротомии, первичная операция заключалась в резекции желудка. Причинами релапаротомии в 5 (33,4 %) случаях явилось кровотечение в брюшную полость, в 2 (13,3 %) – кровотечение из области анастомоза, в 3 (20 %) – абсцесс брюшной полости, в 3 (20 %) – несостоятельность гастроэнтероанастомоза, в 1 (6,65 %) – острая кишечная непроходимость и в 1 (6,65 %) – острый деструктивный панкреатит.

Среди 736 больных перфоративной язвой релапаротомия потребовалась у 21 (2,85 %): у 16 – прободная язва располагалась в желудке и у 5 – в двенадцатиперстной кишке. Показанием к релапаротомии в 6 (2,86 %) наблюдениях явился абсцесс брюшной полости, в 4 (19 %) – несостоятельность швов в зоне ушитой язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, в 3 (14,3 %) несостоятельность гастроэнтероанастомоза, по 2 (13,3 %) наблюдения пришлось на острую спаечную непроходимость, кровотечения в брюшную полость, кровотечения из области анастомоза и эвентрацию органов брюшной полости.

Итак, среди осложнений, явившихся показанием к релапаротомии в 19 (32,2 %) случаях послужило кровотечение в брюшную полость из зоны ушивания кровоточащей язвы или гастроэнтероанастомоза, в 15 (25,4 %) – несостоятельность швов дуоденальной культи, гастроэнтероанастомоза или ушитой перфоративной язвы, у 13 (22,2 %) – абсцесс брюшной полости, у 8 (13,5 %) – эвентрация органов брюшной полости, у 3 (5 %) – острая кишечная непроходимость и у 1 (1,7 %) острый деструктивный панкреатит. При релапаротомии основной задачей оперативного вмешательства было устранение осложнения, послужившего основанием к повторной операции. Объем и характер хирургического вмешательства зависел от выявленной патологии, тяжести состояния больного и ряда других факторов.

Выводы. Послеоперационные осложнения, нуждавшиеся в релапаротомии у больных, оперированных по поводу осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, встречаются относительно часто и среди пациентов, наблюдавшихся нами, составили 4,2 %. Среди причин отмечаются различные послеоперационные осложнения, многие из которых несут реальную угрозу жизни больным нуждаются в релапаротомии и выборе индивидуального способа их устранения. Снижение частоты послеоперационных осложнений у больных осложненной язвенной болезнью во многом зависит от качества предоперационной подготовки и послеоперационного лечения, совершенствования лечебной тактики и характера первичного оперативного вмешательства, выбора адекватного способа устранения осложнений и их последствий во время релапаротомии.