

Сочетанные операции при патологии желудка и кишечника у больных старше 60 лет

Кафедра военно-полевой хирургии ВМедФ в БГМУ

В настоящее время большое число больных пожилого и старческого возраста имеют сочетанную хирургическую патологию.

В статье представлен личный опыт выполнения симультанных операций у больных старше 60 лет с патологией желудка и кишечника. Определены условия их выполнения и противопоказания к ним.

Ключевые слова: сочетанные операции, пожилой и старческий возраст, патология желудка и кишечника.

Zhidkov S.A.

Combine operations in patients are higher than 60 years with stomach and intestine pathology

In our days a lot number of patients of elder and senile age have combine surgical pathology. In the article the personal experience of executing of simultantion operations in patients are higher than 60 years with stomach and intestine pathology is presented. Conditions of their executing and contraindications for them are determined.

Key words: combine operations, elder and senile age, stomach and intestine pathology

На сегодняшний день около 30% пациентов старше 60 лет, нуждающихся в оперативном лечении, страдают сочетанной хирургической патологией. Из них почти треть нуждается в сочетанных операциях [1, 5, 9].

Сочетанная (симультанная) операция (СО) - это одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний. В ходе ее различают основной и симультанный этап.

Невысокий процент СО в абдоминальной хирургии объясняется следующим:

- недостаточной ревизией органов брюшной полости или неправильной интерпретацией данных, полученных при операции;
- выполнением одного экстренного вмешательства, из-за опасения возникновения осложнений во время и после операции;
- психологической и технической неподготовленностью хирургической бригады к выполнению СО;
- "консервативным" мышлением хирургов при сочетанных заболеваниях, особенно в отношении пожилых больных [3, 6].

Одним из главных преимуществ СО являются одновременное излечение от нескольких хирургических заболеваний, уменьшение суммарных сроков пребывания в стационаре, устранение риска повторного наркоза и его осложнений, устранение у пациентов повторных стрессовых реакций, повышение экономической эффективности лечения [4, 7, 8].

Необходимо отметить, что если показания к производству СО у молодых пациентов в последние годы определены достаточно четко, то проблема выполнения данных операций у лиц пожилого и старческого возраста практически не раскрыта [3, 4, 6].

Материалы и методы

Нами проведен анализ выполнения 347 СО пациентам старше 60 лет с различной патологией живота, из них 162 (46,6%) произведено в плановом порядке и 185 (53,4%) - в экстренном. При этом СО у пожилых в плановой хирургии составили 7,7%, в экстренной - 4,1%. Из 347 СО в 47 случаях (13,5%) основным этапом было оперативное вмешательство на желудке, либо кишечнике. В экстренном порядке оперировано 36 пациентов (76,6%) в плановом порядке - 11 (23,4%).

Критерием переносимости СО у пожилых считали компенсацию жизненно важных функций организма, которая определялась по клиническим данным, лабораторным и инструментальным показателям.

Из 47 пациентов - 44 (93,6%) имели сопутствующую терапевтическую патологию, в подавляющем большинстве - сердечно-сосудистую, поэтому всех больных перед операцией осматривал кардиолог.

Для углубленного исследования сердечно-сосудистой системы производили УЗИ сердца и измеряли центральную гемодинамику (ЦГД). Если фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) была ниже 50%, а тип ЦГД был гиподинамический, то уже в предоперационном периоде от проведения СО отказывались (8 случаев).

Все СО выполняли хирурги высшей и первой категории.

Результаты и обсуждение

Вид СО при различных оперативных вмешательствах на желудке и кишечнике показан в табл. 1

Таблица 1

Характеристика СО на желудке и кишечнике

Операции на желудке и кишечнике (основная)		Симультанная операция						Всего
		Холецистэктомия	грыжесечение	Ампутация матки	Удаление придатков матки	Опухоль мягких тканей	Операция Троянова	
Резекция желудка	Плановая	2	1			2		5
	Экстренная	2	3			1		6
Ваготомия с пилоропластикой	Плановая	2	1			1		4
	Экстренная	3	2	1		2	1	9
Ушивание прободной язвы			2			1	1	4
Резекция тонкой кишки	Плановая		1					1
	Экстренная	1	1					2
Правосторонняя геликоэктомиа	Плановая	1						1
	Экстренная	1	2	1		1		5
Операция типа Гартмана			6	2	2			10
ИТОГО		12	19	4	2	8	2	47

Как видно из табл. 1 объем СО не зависел от срочности операции и от вида основного этапа. Из 47 СО - 37 (78,7%) выполнены из одного лапаротомного доступа, т.к. грыжесечения производились по поводу послеоперационных вентральных грыж.

Из 5 плановых резекций желудка 4 выполнены по поводу хронической язвы, 1 - по поводу декомпенсированного стеноза выходного отдела. Все 6 экстренных

резекций произведены по поводу желудочных кровотечений, предварительно остановленных эндоскопически.

Ваготомия с пилоропластикой в плановом порядке выполнялась по поводу хронической язвы 12-ти перстной кишки. В 2-х случаях из 4-х был субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Экстренные операции выполнялись в 7 случаях по поводу кровотечения из язвы 12-ти перстной кишки, также остановленного эндоскопически, и в 2-х случаях по поводу прободной язвы. Во всех случаях производили стволовую ваготомию, как наиболее простой и быстровыполнимый вариант.

Резекция тонкой и ободочной кишки выполнялась по поводу злокачественных опухолей, осложненных кишечной непроходимостью, либо кровотечением.

Что касается СО, то холецистэктомию производили по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита, грыжесечение по поводу вентральной грыжи.

Ампутация матки выполнялась при фибромиомах больших размеров, с частым кровотечением в анамнезе, а также при наличии данных подробного гинекологического обследования. Придатки матки удаляли по поводу кисты яичника.

Все опухоли мягких тканей гистологически представляли собой липому.

Перевязка большой подкожной вены бедра (операция Троянова) выполнена при восходящем тромбофлебите поверхностных вен нижних конечностей с угрозой тромбоэмболии.

Во время проведения основного этапа оперативного вмешательства от выполнения СО отказались по следующим причинам (8 случаев):

- выраженная кровопотеря (2 случая);
- наличие разлитого перитонита (4 случая);
- нестабильная гемодинамика (2 случая).

Был проведен анализ сроков пребывания больных в отделении реанимации после обычных и СО на желудке и кишечнике у лиц старше 60 лет, а также сроков их пребывания в стационаре. Оба показателя в группах сравнения были идентичны. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 5 больных (10,6%): в 2 случаях было нагноение раны, по одному разу - инфаркт миокарда, пневмония, острый панкреатит. Летальных исходов не было.

Выводы:

1. На современном этапе развития хирургии при выявлении сочетанной абдоминальной патологии целесообразно выполнять СО независимо от возраста пациентов.
2. Перед выполнением СО у больных пожилого и старческого возраста показано более глубокое изучение функции сердечно-сосудистой системы (УЗИ сердца, измерение ЦГД) и осмотр кардиолога.
3. От выполнения СО в ходе операции следует отказаться при выраженной кровопотере, разлитом перитоните, нестабильной гемодинамике.
4. СО у лиц пожилого и старческого возраста должны выполнять наиболее квалифицированные хирурги.

Литература

1. Дадвани С.А., Кузнецов Н.А., Сафронов В.В., Индербиев Т.С. Сочетанные операции при холелитиазе//Хирургия. - 1999. - №8. - с. 37-39.

2. Жидков С.А. "Выполнение сочетанных операций у лиц старше 60 лет" Клиническая геронтология. - 2003. - №9. - с. 98.
3. Магдиев Т.Ш., Северинко Н.В. "Сочетанные операции в абдоминальной хирургии" Хирургия. - 1999. - №6. - с. 54-55
4. Макаров П.А. "О целесообразности выполнения симультанных операций в условиях общехирургического стационара" Автореферат диссертации на соискание ученой степени к.м.н. Самара, 1998, 20с.
5. Маховский В.З. "Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии" Ставрополь. - 2002. - с. 205.
6. Ратнер Г.Л. Ардабьев О.В., Лебедев С.Ю., Макаров П.А., Сидоров О.В. Показаны ли симультанные операции у больных пожилого и старческого возраста. Клиническая геронтология. - 1998. - №4. - с. 29-32.
7. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Земляникин А.А. "Симультанные операции - название и определение" Вестник хирургии, 1991, Т. 146, №5, с. 3-9.
8. Marshall J. C. et al.// Ibid. - 1995. - Vol.23. - P. 1638-1652.
9. Mason E.E., Renquist K.E., Jiang D. Perioperative risk and safety of surgery for severe obesity. Am J Clin Nutr 1992; 55: 573-576.