

Г. П. Рычагов, К. Н. Барсуков, О. А. Амельчя

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

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.

Целью нашего исследования явилось 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 клинико-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 спаячную непроходимость, кровотечения в брюшную полость, кровотечения из области анастомоза и эквентрацию 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%) – эквентрация 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.

Таким образом, 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.