

УДК 616.33/.342/002.45/036/88

© П. Д. ФОМІН, С. Й. ЗАПОРОЖАН

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Післяопераційні ускладнення у хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами

P. D. FOMIN, S. Y. ZAPOROZHAN

National Medical University by O. O. Bohomolets, SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

AFTEROPERATION COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ULCEROUS GASTRODUODENAL BLEEDINGS

Вивчено і проведено аналіз післяопераційних ускладнень у лікуванні 399 хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами, які виникають після екстрених та раних відтермінованих операцій. Встановлено, що причини післяопераційних ускладнень залежать від тяжкості геморагічного шоку, типу оперативного втручання, ступеня декомпенсації супутньої патології, віку пацієнта.

There was studied and made the analysis of afteroperation complications in medical treatment of 399 patients with ulcerous gastroduodenal bleedings which arise up after the urgent and early deferred operations. It was set, that the reasons of afteroperation complications rely on weight of hemorrhagic shock, type of operative interference, degree of decompensation of concomitant pathology, age of patient.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) залишається одним із найпоширеніших захворювань органів травного тракту і являє собою важливу медичну і соціальну проблему [7].

Лікування пацієнтів із гастродуоденальними кровотечами, незважаючи на впровадження в практику нових хірургічних, ендоскопічних та медикаментозних методів, вже більше сторіччя є актуальною проблемою хірургічної гастроентерології.

Виразкові гастродуоденальні кровотечі становлять більше 53–60 % гострих шлунково-кишкових кровотеч [8]. Щорічно в Україні з приводу цієї патології госпіталізується в хірургічні стаціонари 21 261 хворий. У структурі гострих хірургічних захворювань черевної порожнини виразкові гастродуоденальні кровотечі займають 4 місце після гострого апендициту, гострого панкреатиту та гострого холециститу [2].

За останні 10–15 років намітилась стійка тенденція до зниження планових операцій у 2–5 разів, а в спеціалізованих хірургічних клініках ця динаміка більш виражена – в 5–12 разів [8]. За даними статистики МОЗ України, кількість операцій зменшилась із 3,15 до 2,9 на 10 000 населення [7].

Мета роботи: визначити основні причини виникнення післяопераційних ускладнень у хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами.

Матеріали і методи. У Київському міському центрі ШКК розроблено спеціальний алгоритм лікування хворих із гастродуоденальними кровотечами, тактики оперативних втручань: 1) екстрені

(у перші 6 год), при кровотечі, що триває; 2) невідкладні (6–12 год) при високому та середньому ризику кровотечі; 3) ранні відтерміновані при низькому ризику рецидиву кровотечі [6].

На сьогодні виконання екстрених хірургічних втручань показано при триваючій кровотечі, що не піддається ендоскопічному гемостазу, а також при ненадійному гемостазі (при високому ризику кровотечі) [5]. Нами досліджено результати лікування 399 пацієнтів, оперованих із приводу виразкових гастродуоденальних кровотеч у Київському міському центрі шлунково-кишкових кровотеч.

Результати досліджень та їх обговорення. Із 399 прооперованих хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами (табл. 1) післяопераційні ускладнення відмічено у 83 пацієнтів, що становить 20,79 %, із них у 48 пацієнтів (12,02 %) – загальні ускладнення, а прямі ускладнення – у 35 пацієнтів (8,77 %). Слід відмітити, що частота післяопераційних ускладнень серед пацієнтів у віці 20–59 років становила 13,46 % ($p < 0,001$), у віці 60–74 роки – 62,75 %, у віці 75–89 років – 30 % ($p < 0,05$), а у віці 90 років і старшому – 100 %.

Серед загальних післяопераційних ускладнень у пацієнтів віком 60 років і старших (табл. 2) переважала гостра серцево-судинна недостатність, що становить 33,33 %, тоді як у пацієнтів віком 20–59 років серед прямих ускладнень переважали післяопераційний панкреатит, парез, постваготомний гастростаз у 34 %. При цьому заслуговує на увагу той факт, що серед пацієнтів у віці 20–59 років (38,64 %) були

Таблиця 1. Частота післяопераційних ускладнень серед оперованих хворих залежно від віку

Вік	20–59	60–74	75–89	>90	Всього n=399
	n=327	n=51	n=20	n=1	
Прямі ускладнення	19	11	5	-	35 (8,77 %)
Загальні ускладнення	25	21	1	1	48 (12,02 %)
Всього	44 (13,46 %)	32 (62,75 %)	6 (30 %)	1 (100 %)	83 (20,79 %)

Таблиця 2. Частота прямих та загальних післяопераційних ускладнень

Ускладнення		Вік				Всього
		20–59	60–74	75–89	>90	
Прямі	Післяопераційний панкреатит	2	5	1	-	8 (2,01 %)
	Післяопераційний парез	9	1	1	-	11 (2,76 %)
	Анастомозит	4	1	1	-	6 (1,50 %)
	Постваготомний гастростаз	3	1	1	-	5 (1,25 %)
	Злукова хвороба очеревини	1	3	1	-	5 (1,25 %)
Загальні	Гостра ССН	5	11	1	1	18 (4,51 %)
	Інфаркт міокарда	1	1	-	-	2 (0,50 %)
	Пневмонія	8	4	-	-	12 (3,00 %)
	ТЕЛА	2	2	-	-	4 (1,00 %)
	ТВЗ синдром	1	2	-	-	3 (0,75 %)
	Піддіафрагмальний абсцес	1	1	-	-	2 (0,50 %)
	Абсцес черевної порожнини	2	-	-	-	2 (0,50 %)
	Нагноєння післяопераційної рани	5	-	-	-	5 (1,25 %)
Всього	44 (11,02 %)	32 (8,02 %)	6 (1,5 %)	1 (0,25 %)	83 (20,79 %)	

відмічені такі післяопераційні ускладнення, як гостра серцево-судинна недостатність, пневмонії, ТЕЛА, що можна пов'язати із тяжкістю геморагічного шоку.

Частота післяопераційних ускладнень залежала від термінів виконання операційних втручань (табл. 3, 4). Так, із 167 пацієнтів, оперованих в екстреному

Таблиця 3. Післяопераційні ускладнення залежно від терміновості виконання операційних втручань

Терміновість	Екстрені	Ранні відтерміновані	Пізні відтерміновані	Всього n=399
	n=167	n=124	n=108	
Прямі ускладнення	23	8	4	35
Загальні ускладнення	36	10	2	48
Всього	59 (35,33 %)	18 (14,52 %)	6 (5,56 %)	83

Таблиця 4. Частота післяопераційних ускладнень залежно від терміновості виконання операційних втручань

Ускладнення		Терміни виконання операції			Всього
		екстрені	ранні відтерміновані	пізні відтерміновані	
Прямі	Післяопераційний панкреатит	5	2	1	8 (2,00 %)
	Післяопераційний парез	8	2	1	11 (2,76 %)
	Анастомозит	3	2	1	6 (1,50 %)
	Постваготомний гастростаз	4	1	-	5 (1,25 %)
	Злукова хвороба очеревини	3	1	1	5 (1,25 %)
Загальні	Гостра ССН	12	6	-	18 (4,51 %)
	Інфаркт міокарда	2	-	-	2 (0,50 %)
	Пневмонія	8	3	1	12 (3,01 %)
	ТЕЛА	4	-	-	4 (1,00 %)
	ТВЗ синдром	3	-	-	3 (0,75 %)
	Піддіафрагмальний абсцес	2	-	-	2 (0,50 %)
	Абсцес черевної порожнини	2	-	-	2 (0,50 %)
	Нагноєння післяопераційної рани	3	1	1	5 (1,25 %)
Всього	59 (14,78 %)	18 (4,51 %)	6 (1,50 %)	83 (20,79 %)	

порядку, післяопераційні ускладнення відмічено у 59 пацієнтів, що становить 35,33 %, тоді як серед 124 пацієнтів, оперованих у ранньому відтермінованому порядку, післяопераційні ускладнення відмічено у 18 пацієнтів, що становить 14,52 % ($p < 0,001$).

Серед 108 пацієнтів, прооперованих у пізньому відтермінованому порядку, післяопераційні ускладнення відмічено лише у 6 пацієнтів (5,56 %). Характерно, що серед 36 ускладнень загального характеру в 29 пацієнтів (80,6 %) відмічено ускладнення, пов'язані із захворюванням серцево-судинної та дихальної систем.

Як видно із таблиць 5, 6, частота післяопераційних ускладнень залежала від типів операційних втручань.

Серед 211 пацієнтів із виразковими гастродуоденальними кровоточами, яким були виконані органозберігаючі операції, післяопераційні ускладнення відмічено у 40 пацієнтів, що становило 18,95 %, тоді як серед 80 оперованих пацієнтів, яким виконано органощадні операції, післяопераційні ускладнення відмічено у 17 пацієнтів, що становило 21,25 %, а у 108 пацієнтів, яким було виконано резекційні методи лікування, післяопераційні ускладнення виявлено у 26 пацієнтів (24,07 %).

Таблиця 5. Післяопераційні ускладнення залежно від типу операційних втручань

Ускладнення	Типи операцій			Всього n=399
	органозберігаючі n= 211	органощадні n=80	резекційні n=108	
Прямі ускладнення	12	8	15	35 (8,77 %)
Загальні ускладнення	28	9	11	48 (12,03 %)
Всього	40 (18,95 %)	17 (21,25 %)	26 (24,07 %)	83

Таблиця 6. Характер післяопераційних ускладнень залежно від типу операційних втручань

Ускладнення		Типи операцій			Всього n=399
		органозберігаючі	органощадні	резекційні	
Прямі	Післяопераційний панкреатит	2	1	5	8 (2,00 %)
	Післяопераційний парез	8	3	-	11 (2,76 %)
	Анастомозит	5	1	-	6 (1,50 %)
	Постаготомний гастростаз	4	1	-	5 (1,25 %)
	Злукова хвороба очеревини	1	2	2	5 (1,25 %)
Загальні	Гостра ССН	12	5	1	18 (4,51 %)
	Інфаркт міокарда	2	-	-	2 (0,50 %)
	Пневмонія	-	3	9	12 (3,01 %)
	ТЕЛА	4	-	-	4 (1,00 %)
	ТВЗ синдром	2	-	1	3 (0,75 %)
	Піддіафрагмальний абсцес	-	-	2	2 (0,50 %)
	Абсцес черевної порожнини	-	-	2	2 (0,50 %)
	Нагноєння післяопераційної рани	-	1	4	5 (1,25 %)
Всього	40 (10,02 %)	17 (4,25 %)	26 (6,25 %)	83 (20,79 %)	

Найменше післяопераційних ускладнень зустрічали після виконаних органощадних операцій – у 17 пацієнтів (4,25 %); $p < 0,05$. У загальному із 288 пацієнтів, яким було виконано органозберігаючі та органощадні операції, частота післяопераційних ускладнень становила 14,27 %.

При виконанні екстреного оперативного втручання в лікуванні кровоточивих гастродуоденальних виразок частіше виконували ТВ+ДШО у 3 пацієнтів (40,8 %) проти 35 пацієнтів (15,9 %) у ранньому відстроченому періоді. Проте СПВ із ДШО при ранніх відстрочених оперативних втручаннях виконували у 58 пацієнтів (31,4 %) проти 8 пацієнтів (4,9 %) при екстрених операціях.

У пацієнтів обох груп з усіх післяопераційних ускладнень можна виділити ускладнення, які по-

в'язані з характером оперативного втручання, ступенем геморагічного шоку, віком хворих та супутньою декомпенсованою патологією.

Висновки. 1. Післяопераційні ускладнення становлять основну частину несприятливих наслідків екстрених та відтермінованих операцій у лікуванні кровоточивих гастродуоденальних виразок.

2. Причинами післяопераційних ускладнень слід вважати: тяжкість геморагічного шоку, особливості виразкової деструкції, тривалість та травматичність оперативного втручання, вік пацієнта, ступінь декомпенсації супутньої патології.

3. Операційне втручання повинно бути за часом виконання коротким, забезпечити кінцеву зупинку кровотечі і одночасно радикальним у ліку-

ванні основного захворювання. При екстрених операціях стійкого гемостазу можна досягнути виконанням органозберігаючих та органощадних операцій, шляхом висічення виразки, виведення виразки за просвіт травного каналу, методом проведення дуоденопластики та пілоропластики. При шлункових локалізаціях виразки – проведення сегментарної резекції шлунка, доповнення цих операцій різного виду ваготоміями.

4. Тяжкий стан хворих із масивною крововтратою часто змушує хірургів скоротити об'єм операції і виконувати такі паліативні втручання, як прошивання кровоточивої виразки, перев'язування магістральних судин шлунка, тампонада кро-

воточивої судини. Як правило, після цих втручань трапляється велика кількість ускладнень – рецидиви кровотечі в ранньому післяопераційному періоді і висока післяопераційна летальність.

5. Зважаючи на різні погляди щодо вибору методу хірургічного втручання при виразкових гастродуоденальних кровотечах, які висвітлюються в науковій літературі, все ж принциповий підхід у вирішенні цього питання треба здійснювати з урахуванням: тяжкості крововтрати; клініко-ендоскопічної характеристики виразки, стійкості гемостазу, з урахуванням можливого розвитку рецидиву кровотечі, віку супутньої патології, наявності виразкового анамнезу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Борисов А. Є. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости / А. Є. Борисов, А. Э. Федоров. – СПб. – 162 с.
2. Братусь В. Д. Эволюция принципов лечебной тактики при кровоточащих гастродуоденальных язвах / В. Д. Братусь, П. Д. Фомин, В. И. Никишаев // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – № 1. – С. 22–23.
3. Братусь В. Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений / В. Д. Братусь. – К. : Здоров'я, 1991. – 268 с.
4. Кондратенко П. Г. Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала : практическое руководство / П. Г. Кондратенко, Н. Л. Смирнов, Є. Є. Раденко. – Донецьк, 2006. – 420 с.
5. Резолюція II Української науково-практичної конференції “Актуальні питання діагностики та лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини” // Український журнал хірургії. – 2008. – № 1. – С. 113–115.
6. Аналіз ефективності алгоритму вибору лікувальної тактики у хворих із гострокровоточивими пілородуоденальними виразками / П. Д. Фомін, Є. М. Шепетько, С. М. Козлов [та ін.] // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 1. – С. 28–29.
7. Фомин П. Д. Организация специализированной неотложной помощи при острых желудочно-кишечных кровотечениях / П. Д. Фомин, В. И. Никишаев, А. М. Задорожний // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 1. – С. 27–28.
8. Аналіз результатів лікування хворих з рецидивними шлунково-кишковими кровотечами виразкової етіології / В. О. Шапрынський, О. О. Камінський, І. В. Павлик, Н. В. Швецова // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 143–145.

Отримано 19.03.12