

УДК 616-089.87-06-089.168.1-084

*Э.Я. Шарифов, Н.Г. Мамедов***КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИХ РЕЗУЛЬТАТОВ***Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан*

Цель данного исследования заключалась в оценке результатов профилактики ранних осложнений у больных, оперированных по поводу гастродуоденальных язв. Работа основана на клинических наблюдениях и исследовании 286 пациентов, перенесших резекцию желудка по поводу гастродуоденальных язв. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую (контрольную) группу были включены 160 пациентов. У этих пациентов послеоперационный период проводился традиционно. Вторая группа пациентов, в зависимости от профилактических мероприятий в послеоперационном периоде, разделены на 2 подгруппы (IIА и IIВ). Во IIА подгруппу были включены 58 пациентов. У этих пациентов была проведена активная декомпрессия и промывание культи желудка в раннем послеоперационном периоде. Во IIВ подгруппу были включены 68 пациентов. У этих больных был проведен комплекс профилактических мероприятий, аналогично больным IIА подгруппы. Кроме того, питание в этой группе пациентов было проведено через назоинтестинальный зонд. При проведении рациональной антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии, наряду с микрофлорой культи желудка, было принято во внимание и *Helicobacter pylori* у НР-позитивных пациентов. Сравнительный анализ ранних послеоперационных осложнений в каждой группе пациентов показал, что сочетанное использование активной декомпрессии культи желудка, энтеральное зондовое питание и антибиотикопрофилактика, с учетом *Helicobacter pylori*, является эффективной профилактической мерой ранних послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: гастродуоденальная язва, постгастрорезекционные осложнения, профилактика ранних осложнений.

Резекция желудка продолжает оставаться распространенным методом лечения опухолей желудка и осложненных гастродуоденальных язв. В России и странах СНГ ежегодно по поводу язвенной болезни производится около 50000 таких оперативных вмешательств, не меньшее количество резекций выполняется при новообразованиях желудка [1-3]. У 5-38% больных, перенесших резекцию желудка, наблюдаются ранние послеоперационные осложнения [4]. Осложнения со стороны органов дыхания встречается у 21,4% больных, несостоятельность желудочно-кишечного соустья и культи двенадцатиперстной кишки – у 5,0-20,8%, моторно-эвакуаторные нарушения культи желудка – у 19,5-62,4%, послеоперационный панкреатит – у 2,8-6,35% больных [5-7]. В связи с этим, основное внимание большинства авторов сосредоточено на изучении причин и вопросов профилактики недостаточности швов соустья и культи двенадцатиперстной кишки, возникновения перитонита и эвакуаторных нарушений [8, 9]. Однако, до настоящего времени существуют большие разногласия о роли предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода в профилактике ряда осложнений, связанных с оперативным вмешательством на желудке.

Целью настоящего исследования была оценка результатов профилактики ранних постгастрорезекционных осложнений у больных, оперированных по поводу гастродуоденальных язв.

Материал и методы

Работа основана на результатах клинических наблюдений и исследований 286 больных, перенесших резекцию желудка по поводу гастродуоденальных язв в период с 1994 по 2008 г. Был проведен ретроспективный анализ 160 историй болезни пациентов, оперированных за период с 1994-2000 г. Эти больные были включены в I (контрольную) группу. В контрольной группе у 124 (77,5%) больных была проведена резекция желудка по способу Гофмейстера-Финстерера, у 28 (17,5%) больных по способу Витебского и у 8 (5,0%) пациентов по способу Бильрот-I. За 2001-2008 годы был проведен проспективный анализ 126 больным, перенесшим резекцию желудка, которые включены во вторую (основную) группу. В этой группе были произведены следующие операции: у 108 (85,7%) больных –

резекция желудка по способу Гофмейстра-Финстерера, у 14 (11,1%) по способу Витебского и у 4 (3,2%) больных – резекция желудка по способу Бильрот-I.

В предоперационном периоде больным контрольной группы была проведена инфузионная терапия (раствор 5% глюкозы, раствор 10% декстрозы, Рингер-лактат, изотонический раствор и др.). Им накануне и утром в день операции ставили очистительную клизму и утром промывали желудок. Во время операции, по показаниям переливали 250 мл однокрупной крови. В первые трое суток после операции больные получали парентеральное введение растворов. В ходе послеоперационной антибиотикотерапии предпочтение отдавалось использованию цефалоспоринов I-III поколений.

Больные второй группы в зависимости от проведенных профилактических мероприятий в послеоперационном периоде, подразделены на 2 подгруппы (IIA и IIB). Во IIA подгруппу были включены 58 больных. У этих больных, начиная с ранних часов послеоперационного периода, проводилась промывание и активная декомпрессия культи желудка до получения прозрачной жидкости. Антибиотикопрофилактику начинали с внутримышечного введения 1,0 г цефтриаксона за 30-60 минут до оперативного вмешательства и продолжали в течение 3 суток после операции. У больных проводилась инфузионная терапия, а в случаях показания, парентеральное питание. При этом особое внимание уделялось адекватному обеспечению суточной энергии организма.

Во IIB подгруппу были включены 68 больных. У этих больных проводился комплекс профилактических мероприятий аналогичный больным IIA подгруппы. При проведении рациональной антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии, наряду с выявляемой микрофлорой культи желудка, было принято во внимание и наличие *Helicobacter pylori* у НР-позитивных больных. У этой подгруппы больных, непосредственно перед операцией проведена эрадикационная терапия с использованием амоксициллина/клавуланата по 500/125 мг, омепразола по 20 мг внутрь 2 раза в сутки и кларитромицина по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней. В послеоперационном периоде им проводилась антибакте-

риальная терапия в течение 3 дней с использованием комбинации амоксициллина/клавуланата 1,2 г и метронидазола 0,5%-100,0 3 раза в сутки внутривенно.

В связи со снижением кислотопродуцирующей активности культи желудка и непрерывной аспирации, ингибиторы протонной помпы в послеоперационном периоде не использовали. Таким образом, пациенты IIB подгруппы получали препараты, воздействующие на *Helicobacter pylori* в течение 10 дней: 7 дней внутрь (амоксициллин/клавуланат, кларитромицин) и 3 дня внутривенно (амоксициллин/клавуланат, метронидазол).

По окончании операции у больных IIB подгруппы в тощей кишке оставляли назоинтестинальный зонд диаметром 2-2,5 мм, длиной 130 см для энтерального питания. На следующий день после операции вводили через зонд в тощую кишку питательные растворы (натуральные фруктовые соки, углеводы, электролиты, витамины и др.) со скоростью 20-30 капель в минуту. А в последующие дни, была использована стандартная питательная смесь, в составе которой присутствовали все питательные ингредиенты.

У основной группы больных наряду с клиническими и лабораторными обследованиями были проведены пред- и послеоперационное рентгенологическое и эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. Для эндоскопического исследования использовался фиброэзофагогастродуоденоскоп фирмы «Олимпус» (Япония). Биоэлектрическая активность культи желудка определялась аппаратом «Электрогастрограф 4М» (Россия).

Результаты и обсуждение

В нашем исследовании из 286 пациентов у 199 (69,6%) послеоперационный период протекал гладко и на $14,4 \pm 0,5$ день были выписаны из стационара. Осложнения возникли у 87 (30,4%) больных.

В I группе из 160 больных, которым проводили обычную подготовку к операции и ведение послеоперационного периода, осложнения возникли у 63 (39,4%) больных. Из 58 больных (IIA подгруппа), которым применили профилактические мероприятия, улучшились исходы ближайшего послеоперационного периода и осложнения возникли у 16 (27,6%)

больных. Число легочных осложнений среди больных ПА подгруппы уменьшилась, что также свидетельствует о положительном влиянии активной декомпрессии на дыхательную функцию легких, так как систематический прием жидкости через рот обеспечивал свободное отхождение мокроты, способствуя улучшению дренажной функции бронхов.

Из 68 больных (ПВ подгруппа), которым применили комплекс профилактических мероприятий (тщательная подготовка толстой кишки к операции, активная декомпрессия культи желудка, энтеральное зондовое питание, антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия с учетом *Helicobacter pylori*) существенно улучшились исходы ближайшего послеоперационного периода и осложнения возникли только у 8 (11,8%) больных. Кроме того, сочетанное использование активной декомпрессии культи желудка, раннего энтерального зондового питания и тщательной подготовки толстой кишки к операции позволило снизить количество случаев несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки, гастроэнтероанастомоза и эвакуаторных расстройств.

Наши исследование показали, что сокращение числа осложнений связано с более ранним восстановлением моторики желудочно-кишечного тракта, что подтверждается данными электрогастрограммы. О положительном влиянии активной декомпрессии культи желудка и раннего энтерального зондового питания на моторную функцию желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде объективно свидетельствовали электрогастрографические исследования резецированного желудка. Так, к 4 суткам после операции число сокращений желудочной культи в I группе, ПА и ПВ подгруппах составил $2,25 \pm 0,2$, $2,29 \pm 0,17$ и $2,57 \pm 0,1$ в минуту, а амплитуда электрогастрографических волн $0,14 \pm 0,02$ мВ, $0,16 \pm 0,02$ мВ и $0,17 \pm 0,06$ мВ соответственно. Повышение моторной активности культи резецированного желудка, несомненно, было связано с механическим освобождением желудочной культи от слизи, остатков крови, мокроты и поврежденных тканей. К 3 суткам из культи желудка удалялось до $242 \pm 33,2$ см³ содержимого. Если учесть, что с аспиратором из культи желудка эвакуировалась разнообразная бактериальная флора с преобладанием (55%) грибков рода *Candida*, то ста-

новится очевидным, что активная аспирация содержимого способствовала регенерации тканей анастомоза – количество анастомозитов уменьшилось с 10% (I группа) до 4,4% (ПВ подгруппа).

Как выяснилось, с содержимым культи желудка при проведении активной декомпрессии организм больного в течение послеоперационного периода теряет незначительное количество белка ($0,36 \pm 0,122$ г в первые сутки и $0,33 \pm 0,098$ г – к 3 суткам) и калия ($4,1 \pm 0,15$ ммоль в первые сутки до $8,18 \pm 0,87$ ммоль к 3 суткам). Эти потери не отягощали течение послеоперационного периода, что подтверждалось отсутствием патологических сдвигов кислотно-щелочного состояния и биохимических показателей крови. Наоборот, калий эритроцитов достоверно снижался к 10 суткам послеоперационного периода лишь у больных первой группы без применения активной декомпрессии, тогда как у больных ПА и ПВ подгрупп этот показатель превышал исходный.

При подготовке больных к операции по нашей схеме (ПВ подгруппа), антибактериальные препараты, используемые с целью эрадикации *Helicobacter pylori*, обеспечивают антибиотикопрофилактику, что создает благоприятный фон для течения послеоперационного периода. Поэтому в этой подгруппе больных гнойно-воспалительные осложнения встречаются редко. Представленная схема периоперационной эрадикации *Helicobacter pylori* в 71,4% случаях дала положительный эффект, что стало причиной снижения частоты встречаемости анастомозитов, сопровождающихся моторно-эвакуаторным нарушением культи желудка от 8,6% (ПА подгруппа) до 4,4% (ПВ подгруппа).

Ранние послеоперационные осложнения, несмотря на лечение, привели к неблагоприятному исходу у 11 (3,9%) больных. Из 160 больных I группы осложнения наблюдались у 63 (39,4%), из них умерли 9 (5,6%). Среди 58 больных ПА подгруппы, которым после операции выполняли активную декомпрессию, осложнения выявлены у 16 (27,6%) больных, из которых умерло 2 (3,5%). У 68 больных ПВ подгруппы, у которых применялась активная декомпрессия культи желудка, раннее энтеральное зондовое питание и рациональная антибиотикопрофилактика с учетом выявле-

ния *Helicobacter pylori*, ускладнення виникли тільки у 8 (11,8%) больних. В этой підгрупі летальних ісходів не набувалося.

З а к л ю ч е н н я

Таким образом, комбіноване застосування активної декомпресії культи шлунка, раннього ентерального зондового живлення і раціональної антибіотикопрофілактики з урахуванням виявлення *Helicobacter pylori*, а також попередня ретельна підготовка товстої кишки знижує ймовірність ранніх післяопераційних ускладнень у больних язвенною хворобою.

КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА РАННІХ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ І КОРОТКА ХАРАКТЕРИСТИКА ЇХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Е.Я. Шаріфов, Н.Г. Мамедов

Мета даного дослідження полягала в оцінці результатів профілактики ранніх ускладнень у хворих, що оперуються з приводу гастродуоденальних виразок. Робота заснована на клінічних спостереженнях і дослідженнях 286 пацієнтів, що перенесли резекцію шлунка з приводу гастродуоденальних виразок. Пацієнти були розділені на 2 групи. У першу (контрольну) групу було включено 160 пацієнтів. У цих пацієнтів післяопераційний період проводився традиційно. Друга група пацієнтів, залежно від профілактичних заходів в післяопераційному періоді, розділені на 2 підгрупи (ІА і ІВ). У ІА підгрупу було включено 58 пацієнтів. У цих пацієнтів була проведена активна декомпресія і промивання куksi шлунка в ранньому післяопераційному періоді. У ІВ підгрупу було включено 68 пацієнтів. У цих хворих був проведений комплекс профілактичних заходів, аналогічно хворим ІА підгрупи. Крім того, живлення в цій групі пацієнтів було проведено через назоінтестинальний зонд. При проведенні раціональної антибіотикопрофілактики і антибіотикотерапії, поряд з мікрофлорою куksi шлунка, було взято до уваги і *Helicobacter pylori* у НР-позитивних пацієнтів. Порівняльний аналіз ранніх післяопераційних ускладнень в кожній групі пацієнтів показав, що поєднане використання активної декомпресії куksi шлунка, ентеральне зондове живлення і антибіотикопрофілактика, з врахуванням *Helicobacter pylori*, є ефективною профілактичною мірою ранніх післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: гастродуоденальна виразка, постгастрорезекційні ускладнення, профілактика ранніх ускладнень.

COMPLEX PROPHYLAXIS OF EARLY COMPLICATIONS AFTER GASTRIC RESECTION AND BRIEF DESCRIPTION OF THE RESULTS

E.Y. Sharifov, N.H. Mamedov

The purpose of this study was to evaluate the results of prevention of early complications in patients undergo-

ing surgery for gastroduodenal ulcers. The work was based on clinical observations and studies of 286 patients who underwent gastric resection for gastroduodenal ulcers. The patients were divided into 2 groups. The first (control) group included 160 patients. In these patients postoperative period was carried out traditionally. The second group of patients, depending on prophylactic measures in postoperative period, divided into 2 subgroups (IA and IB). In the IA subgroup included 58 patients. In this patients was conducted the active decompression and lavage of gastric stump in early postoperative period. In the IB subgroup included 68 patients. In these patients was conducted complex of prophylactic measures similar to patients with IA subgroup. Additionally, the nutrition in this group of patients was carried out via nasointestinal tube. While conducting of rational antibiotic prophylaxis and antibiotic therapy, along with the microflora of the gastric stump, was taken into account and *Helicobacter pylori* in HP-positive patients. Comparative analyzes of early postoperative complications on each group of patients showed that the simultaneous use of active decompression, enteral tube feeding and antibiotic prophylaxis, taking into account *Helicobacter pylori*, is an effective measure in prevention of early postoperative complications.

Key words: gastroduodenal ulcer, postgastroresectional complications, prevention of early complications.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е. Хирургическое лечение при хронических гастродуоденальных язвах / А.Е. Борисов, В.П. Земляной, К.Г. Кубачев // Вестник хирургии. – 2002. – Т. 161., № 1. – С. 79-81.
2. Козырев М.И. Гастродуоденальные язвы. / М.И. Козырев, И.М. Марковская. – Минск: Беларусь. – 2007. – 139 с.
3. Майстренко Н.А. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. / Н.А. Майстренко, К.Н. Мовчан. – СПб: Гиппократ. – 2000. – 358 с.
4. Яицкий Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, В.П. Морозов. – М.: МЕДпресс-информ. – 2002. – 376 с.
5. Альхасун М.Д. Ранние осложнения после первичных резекций желудка при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. / М.Д. Альхасун. – Автореф. дисс... канд. мед наук. – Москва, 1980. – 24 с.
6. Тарасенко С.В. Хирургическое лечение «трудных» язв двенадцатиперстной кишки. / С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, О.Д. Песков // Хирургия.. – 2005. – № 1. – С. 29-32.
7. Kyzer S. Comparative study of the early postoperative course and complications in patients undergoing of Billroth I and Billroth II gastrectomy / S. Kyzer, Y. Binyamini, Y. Meeki // World J. Surg. – 1997. – № 7. – P. 763-766.
8. Гренков Г.И. Моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта у больных, перенесших операции на желудке / Г.И. Гренков, Н.Г. Луд, В.Е. Медведский // Новости лучевой диагностики. – 2000. – №1. – С. 12-14.
9. Евсеев М.А. Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастродуоденальных язв. / М.А. Евсеев, Р.А. Головин, Г.Б. Ивахов. – М.: МЕДпресс-информ. – 2008. – 160 с.

Стаття надійшла 30.04.2012