

УДК: 616-089.168.1-06:616-018:577-158.

DOI: 10.55359/2782-3296.2023.14.41.007

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ С УЧЕТОМ ФАКТОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО СТРЕССА

Гончаров В.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, РФ

Резюме. проанализированы результаты хирургического лечения 195 больных: 1 группа: больные с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы (n=177); 2 группа: больные с наличием сочетанной травмы и тяжелой интоксикации (n=18). Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде у больных 1 группы развились у 18 (28,6%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения язвенного генеза через $3,5 \pm 4,3$ суток после операции. Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза. Среди больных 2 группы (n=18) по поводу основного заболевания оперированы - 17, умерло - 7 (38,9%) больных от осложнений со стороны органов гепатопанкреатодуоденальной системы. На основании проведенных исследований предложены: учет понятия хирургический стресс у всех без исключения больных указанных групп, меры предупреждения развития осложнений со стороны органов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: осложнения, хирургический стресс, предупреждение

SURGICAL STRESS: COMPLICATIONS FROM GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS WITH ACUTE SURGICAL DISEASES AND HEAVY COMBINED INJURY

Goncharov V.V.

State Educational Institution of Higher Professional Education «Donetsk National Medical University named after M. Gorky», Donetsk, RF

Summary. The results of surgical treatment of 195 patients were analyzed: Group 1: patients with combined diseases of the hepaticopancreatoduodenal system (n = 177), 2 group: patients with co-trauma and severe intoxication (n = 18). Complications in the immediate postoperative period in Group 1 patients developed in 18 (28.6%) patients of the control group in the form of acute gastrointestinal bleeding ulcerous genesis in 3.5 ± 4.3 days after the operation. It is stopped conservatively taking into account the endoscopic methods of hemostasis. Among the patients of the 2nd group (n = 18) 17 were operated for the underlying disease, 7 (38.9%) patients died of complications from the hepaticopancreatoduodenal system. On the basis of the conducted research, it was proposed: taking into account the concept of surgical stress in all patients of these groups, without exception, measures to prevent the development of complications from the organs of the gastrointestinal tract.

Key words: surgical stress, complications, ways of reducing

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день понятие хирургического стресса связывают с хирургическим вмешательством и определяют как совокупность общих (неспецифических) и местных (специфических, зависящих от зоны операции и ее характера) патофизиологических реакций организма в ответ на чрезвычайное воздействие особого типа [1]. Результатом хирургического стресса является возникновение ряда осложнений, представляющих непосредственную угрозу для жизни больного. Так при сочетанных заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной системы (ГПДС) (сочетание желчекаменной, язвенной болезней и панкреатита) осложнения со стороны сочетанной язвенной болезни в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) в ближайшем послеоперационном периоде достигают 28,6% [3]. Однако осложнения возникают не только как результат непосредственной «хирургической травмы». Осложнения со стороны органов ГПДС в виде ОЖКК, острого деструктивного холецистита, панкреонекроза наблюдаются также в случаях тяжелой интоксикации, крайне тяжелой сочетанной и комбинированной травмы, острой непроходимости магистральных сосудов ног и ее последствий и т.д. В литературе оговорены патогенез течения патологического процесса [4] и пути реализации хирургического стресса [5] при острых хирургических заболеваниях, тяжелой сочетанной травме и интоксикации.

Количество публикаций, посвященных данной проблеме невелико. Так по данным некоторых авторов [2] при тяжелой черепно-мозговой травме происходит формирование гиперферментемии (усилению активности катепсина Д,

кислой фосфатазы в тканях головного мозга и в крови) и накоплению токсических веществ (молекул средней массы) в крови (токсемии).

ЦЕЛЬ

профилактика осложнений со стороны органов ГПДС при хирургическом стрессе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положен опыт хирургического лечения 195 больных. 1 группа: больные с сочетанными заболеваниями органов ГПДС (n=177), 2 группа: больные с наличием сочетанной травмы и тяжелой интоксикации (n=18).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

1 группа: у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС (сочетание желчнокаменной (ЖКБ), язвенной болезней и панкреатита) (n=177), основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения. Возраст больных – от 27 до 82 (50,4±3,7) лет. Мужчин было 83 (46,9%), женщин – 94 (53,1%). В плановом порядке госпитализированы 53 (29,9%), в неотложном – 124 (70,1%) больных. Длительность основного заболевания – от 1 месяца до 30 (5,3±6,6) лет, urgentных больных от 3,5 до 144 (43,4±5,4) часов. Хронический калькулезный холецистит имел место у 53 (29,9%), острый калькулезный холецистит у 69 (39,0%), механическая желтуха у 55 (31,1%) больных, перитонит имел место у 20 (29,0%), холангит – у 15 (8,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) выявлена у 136 (74,0%) у 5 из них в сочетании со вторичной язвой желудка, язвенная болезнь желудка – у 14 (7,9%), вторичный панкреатит у 177 (100,0%) больных. 33 (18,6%) больных в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнений язвенной болезни.

Все больные оперированы. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у

18 (28,6%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного генеза через 3,5+4,3 суток после операции. Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза.

2 группа: Группа представленная 18 больными. Мужчин было 8 (44,4%), женщин - 10 (55,6%). Возраст больных варьировал от 31 до 84 ($65,9 \pm 5,9$) лет.

Все больные разделенные на 2 подгруппы:

а) больные с синдромом тяжелой интоксикации ($n=14$): (мочекаменная болезнь, уросепсис, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, острая задержка мочевыделения - 3, колоректальный рак, осложненный перфорацией, разлитым каловым перитонитом - 3, острая сосудистая недостаточность кишечника (тромбоз мезентериальных сосудов) - 1, атеросклеротическая гангрена ног - 3, инфекционный менингит - 1, бульозно-некротическая форма рожи с тотальным поражением мягких тканей ноги - 1, острая кишечная непроходимость в стадии декомпенсации - 1, прикрытая перфорация язвы ДПК с формированием подпеченочного абсцесса - 1).

Давность заболевания на момент госпитализации составляла от 5 часов до 30 ($6,8 \pm 9,3$) суток. Язвенный анамнез отсутствовал у 8 больных, у 3 варьировал от 15 до 40 ($28,3 \pm 9,3$) лет. Противоязвенная терапия, эндоскопическое исследование больным не проводились. Осложнения со стороны органов ГПДС были следующими: 1. ОЖКК развилось в 5 больных в сроки от 2 до 4 ($2,6 \pm 11,7$) суток; 2. перфорация язвы ДПК у 4 больных в сроки от 1 до 4 ($2,3 \pm 12,7$) суток. ОЖКК клинически имело проявления в виде выделения крови по назогастральному зонду ($n=1$), мелены ($n=3$). Панкреонекроз диагностирован в 1 больной. У всех больных диагноз сочетанных заболеваний с их осложнениями был подтвержден инструментальными

методами исследования (ФГДС, УЗИ, диагностическая лапароскопия, лапароцентез).

б) больные, которые перенесли тяжелую сочетанную травму ($n=4$), ведущей из которых были: множественный перелом костей таза ($n=1$), оскольчатый открытый перелом левого бедра ($n=1$), перелом шейки левого бедра ($n=1$), повреждения позвоночника ($n=1$). У всех больных сочетанная травма сопровождалась травматическим шоком тяжелой степени. Давность заболевания на момент госпитализации составляла $13,8 (6,8 \pm 9,7)$ часов. Язвенный анамнез отсутствовал у всех больных. Осложнения со стороны органов ГПДС были следующими: острый деструктивный калькулезный холецистит развился у 3 больных в сроки от 7 к 8 ($7,6 \pm 14,7$) суток, в 1 больной перфорация язвы ДПК развилась на 6 сутки после протезирования тазобедренного сустава. Среди больных данной группы ($n=18$) по поводу основного заболевания оперированы 17, умерло 7 (38,9%) больных от осложнений со стороны органов ГПДС.

Учет значительного количества осложнений со стороны печени, желчного пузыря, желудка, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы у больных контрольной группы с сочетанными заболеваниями органов ГПДС, включая больных с тяжелой сочетанной и комбинированной травмой, острой непроходимостью магистральных сосудов ($86-60,6\%$) позволили подтвердить понятие хирургического стресса. При этом его последствия, как показывают приведенные выше данные непосредственно связаны и реализуются через органы ГПДС, посредством осложнений, непосредственно угрожающих жизни больных.

Таким образом, понятие хирургического стресса по нашему

глубокому убеждению, должно быть связано не только с непосредственной «хирургической агрессией», но и с наличием острой, хронической хирургической патологии, сопровождающейся выраженной интоксикацией, тяжелой политравмой.

При исследовании биохимических показателей в предоперационном периоде у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС уровень α -амилазы крови составил $89-2014(1053 \pm 8,7)$ ед. у всех без исключения больных. При изучении биохимического состава содержимого желудка в послеоперационном периоде (на 7 сутки после операции) у некоторых больных выявлено наличие в нем α -амилазы с содержанием до 78 тыс. единиц! Установлено, что уровень сахара крови повышается (по нашим данным до $16,0$ ммоль/л.) сразу после перенесенной тяжелой травмы, тяжелой интоксикации, в отсутствие сахарного диабета. После устранения источника сахар крови нормализуется практически на следующий день после операции.

Считаем, что при острых и сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости, политравме, синдроме интоксикации, поражениях магистральных сосудов возникают осложнения со стороны органов ГПДС в виде: ОЖКК, перфорации гастродуоденальных язв, острого деструктивного холецистита, панкреонекроза. Данные осложнения являются проявлением хирургического стресса и реализуются через активацию ферментов желез внутренней и внешней секреции, в том числе поджелудочной железы.

В этой связи у больных указанных групп в пред- и послеоперационном периоде (до 8 суток после операции) на фоне проводимого патогенетического лечения считаем обязательным назначение антрисессивной терапии, целью которой являются:

1. максимальное подавление внутренней секреции поджелудочной железы в виде антисекреторной терапии в дозировках $100-300$ тыс. ед. контрикала, (гордокса- $100-150$ тыс. ед.) в сутки (в зависимости от тяжести травмы, либо уровня интоксикации).

2. максимальное подавление секреторной функции желудка путем назначения блокаторов протонной помпы (контролок 80 мг в сутки);

3. улучшение синтезирующей функции печени, путем назначения гепатопротекторов (гептрал $10,0$ мл. в сутки).

В результате комплексного подхода к диагностике сочетанных заболеваний, а также учета такого понятия, как хирургический стресс удалось улучшить результаты хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы, политравмой, наличием тяжелой интоксикации. При этом частоту осложнений в виде ОЖКК со стороны органов ГПДС, в частности сочетанной язвенной болезни удалось снизить до $1,7\%$.

ВЫВОДЫ

1. Стандартные подходы при хирургическом лечении больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы, политравмой, наличием тяжелой интоксикации. приводят к значительному количеству осложнений в ближайшем послеоперационном периоде, а также без оперативного вмешательства в виде острого желудочно-кишечного кровотечения, деструктивного холецистита, панкреонекроза, достигающих $60,6\%$.

2. При политравме, синдроме интоксикации, острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и сосудистых поражениях магистральных сосудов возникновение осложнений со стороны органов

гепатопанкреатодуоденальной системы являются проявлением хирургического стресса. «Повреждающий фактор» реализуются через центральную нервную систему, активацию желез внутренней и внешней секреции, в том числе ферментов поджелудочной железы.

3. Улучшения результатов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы, политравмой, наличием тяжелой интоксикации можно достичь благодаря комплексному подходу к диагностике сочетанных заболеваний, а также учету такого понятия, как хирургический стресс.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ветшев П.С. Хирургический стресс при различных вариантах холецистэктомии / П.С. Ветшев, К.Е. Чилингарида, Л.И.Ипполитов [и др.] //Хирургия.-2002.-№3.-С.4-10.
2. Ельский В.Н. Перикисное окисление липидов при черепно-мозговой травме (экспериментальное исследование) /В.Н. Ельский, С.В.Пищулина, Е.Д.Якубенко [и др.] //Общая реаниматология.-2009.-№4.-С.24-30.
3. Куницкий Ю.Л. Организация хирургической помощи при лечении больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы /Ю.Л. Куницкий, А.А. Христуленко, Г.А.Гринцов [и др.] //Тез.докл. научн.-практ конф. Ростов-на-Дону,14-15 апреля 2016г.-С.211-213.
4. Куницкий Ю.Л. Патогенез течії патологічного процесу при хірургічному стресі. //Свідectво на реєстрацію авторського права на твір № 71737.- Державна служба інтелектуальної власності України. Україна. Дата реєстрації 05.05.2017р.
5. Куницкий Ю.Л. Патогенез реалізації хірургічного стресу. //Свідectво на реєстрацію авторського права на твір № 71724.- Державна

служба інтелектуальної власності України. Україна. Дата реєстрації 05.05.2017р.

REFERENCES

1. Vetshev P.S. Hirurgicheskij stress pri razlichnyh variantah holecistektomi / P.S. Vetshev, K.E. Chilingaridi, L.I.Ippolitov [et al.] //Surgery.-2002.-No. 3.-pp.4-10. (in Russian)
2. Yelsky V.N. Perikisnoe okislenie lipidov pri cherepno-mozgovoy travme (eksperimental'noe issledovanie) /V.N. Yelsky, S.V.Pishchulina, E.D.Yakubenko [et al.] //General resuscitation.-2009.-No. 4.-pp.24-30. (in Russian)
3. Kunitsky Yu.L. Organizaciya hirurgicheskoy pomoshchi pri lechenii bol'nyh s sochetannymi zabolevaniyami organov gepatopankreatoduodenal'noj sistemy /Yu.L. Kunitsky, A.A. Hristulenko, G.A.Grintsov [et al.] //Tez.dokl. nauch.-prakt conf. Rostov-on-Don, April 14-15, 2016-pp.211-213. (in Russian)
4. Kunitsky Yu.L. Patohenez techii patolohichnoho protsesu pry khirurhichnomu stresі // Certificate of registration of copyright in the work № 71737. - state service of intellectual property of Ukraine. Ukraine. Registration date 05.05.2017. (in Ukraine)
5. Kunitsky Yu.L. Patohenez realizatsii khirurhichnoho stresu // Certificate of copyright registration for a work No. 71724. - State Intellectual Property Service of Ukraine. Ukraine. Registration date 05.05.2017. (in Ukraine)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Гончаров Владимир Вячеславович

- Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» ДНР, г. Донецк, РФ
- доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и неонатологии, кандидат медицинских наук
- Почтовый адрес: пр. Ильича, 16, г. Донецк, 83003
- Телефон (для связи): +7 949 387 39 87