

УДК 617-089.168.8:613.98-036.88

**АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА****В.И. Батюк, А.Н. Лызи́ков****Гомельский государственный медицинский университет**

В работе представлены результаты ретроспективного исследования историй болезни умерших больных пожилого возраста после хирургического вмешательства на органах брюшной полости. Рассмотрены причины летальных исходов, различные изменения биохимических и иммунологических показателей в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: послеоперационный период, нарушение гомеостаза, полиорганная недостаточность.

**THE ANALYSIS OF FATAL OUTCOME IN ELDERLY
POST-OPERATIVE PATIENTS****V.I. Batyuk, A.N. Lyzиков****Gomel State Medical University**

The paper represents the results of retrospective study of medical histories of elderly patients who died after surgery in abdominal cavity organs. The reasons for fatal outcomes, different changes of biochemical and immunological indicators in post-operative period are revealed.

Key words: post-operative period, homeostasis disorder, multiple organ failure

Введение

Известно, что течение и исход различных хирургических заболеваний у лиц пожилого возраста бывает непредсказуем. Связано это с наличием тяжелой сопутствующей патологии, влиянием операционного стресса, истощением компенсаторных механизмов организма или влиянием каких-либо других факторов — сказать трудно. Однако прогнозировать течение заболевания, учитывая все факторы, влияющие на него, обязан каждый хирург.

Цель работы: объяснить причину нарушений гомеостаза и снижения компен-

саторных механизмов организма после хирургических вмешательств у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 30 умерших больных в возрасте от 60 до 88 лет (средний возраст 74 года), оперированных в экстренном и срочном порядке по поводу острой хирургической патологии в Гомельской городской клинической больнице скорой медицинской помощи с 1999 по 2003 гг. Были установлены причины смерти больных, что отражено в таблице 1.

Таблица 1**Причины смерти послеоперационных больных**

Причина смерти	Количество случаев
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	12
Полиорганная недостаточность	11
Сепсис	5
Тромбоэмболия легочной артерии	2
Всего	30

Вне зависимости от вида и объема оперативного вмешательства некоторые биохимические и иммунологические показатели имели схожую тенденцию к изменению в послеоперационном периоде, что и было взято за основу данного исследования.

Для изучения обменных процессов в организме были взяты такие показатели, как изменение количества общего белка и мочевины, характеризующие развитие гиперметаболизма в послеоперационный период. Исследование проводилось в 1, 5 и 7 сутки после хирургического вмешательства.

Состояние иммунной системы оценивали по содержанию абсолютного числа лимфоцитов, супрессия которой коррели-

рует со степенью белковой недостаточности (Т.С. Попова, А.Е. Шестопапов) [7].

Уровень эндогенной интоксикации определяли по уровню лейкоцитарного индекса интоксикации Островского в 1 и 7 сутки после операции.

Все больные первые несколько суток послеоперационного периода проводили в отделении интенсивной терапии и получали адекватное лечение.

Инфузионная терапия проводилась в достаточном объеме и соответствовала физиологическим потребностям организма. В качестве антибиотикотерапии применяли: цефазолин, гентамицин, оксамп, метрогил и др. в соответствии с чувствительностью микроорганизмов.

Таблица 2

Изменение исследуемых показателей крови в различные сроки послеоперационного периода

Показатели	1 сутки	5 сутки	7 сутки
Количество белка, г/л	63,9±6,5	58,4±8,3	56±11,2
Количество мочевины, ммоль/л	7,0±3	10,5±4,9	14,8±8,5
Абсолютное число лимфоцитов	1324±573	1103±514	1095±575
Лейкоцитарный индекс интоксикации	3,5±3,2	—	6,7±3,3

Согласно полученным данным (табл. 2), в первые сутки послеоперационного периода среднее количество белка у таких больных составляло 63,9±6,5г/л, мочевины 7,0±3ммоль/л, абсолютное число лимфоцитов было 1324±573.

К 5 суткам исследуемые показатели составляли: среднее количество белка 58,4±8,3г/л, уровень мочевины повышался в среднем до 10,5±4,9ммоль/л, абсолютное число лимфоцитов было 1103±514.

На 7 сутки послеоперационного периода общее количество белка снизилось до 56±11,2г/л, средний уровень мочевины повысился до 14,8±8,5ммоль/л, абсолютное число лимфоцитов составило 1095±575.

В послеоперационном периоде происходило изменение и лейкоцитарного индекса интоксикации, составляя в 1 сутки 3,5±3,2 и нарастая к 7 суткам до 6,7±3,3.

Тенденция происходящих изменений представлена на построенных диаграммах.

Диаграмма 1
Изменение уровня о. белка (г/л)

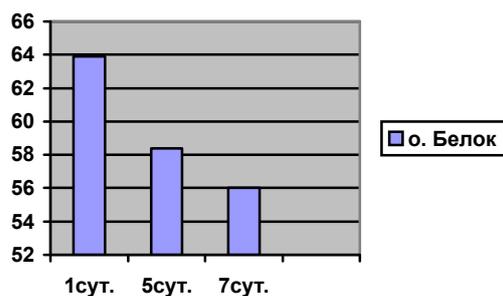
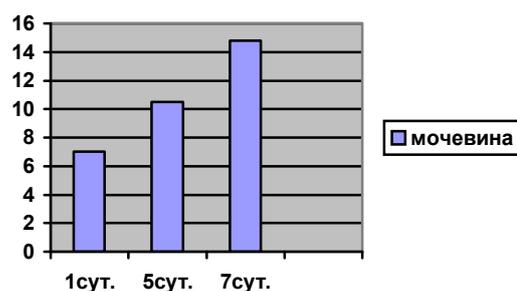
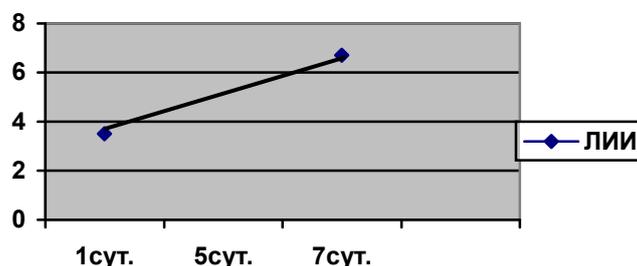


Диаграмма 2
Изменение уровня мочевины (ммоль/л)



Лейкоцитарный индекс интоксикации.



Результаты и обсуждение

По приведенным данным в таблице 2 и на представленных диаграммах можно проследить тенденцию изменения биохимических и иммунологических показателей в послеоперационном периоде у лиц пожилого возраста.

Несмотря на проводимое адекватное послеоперационное лечение биохимические показатели ухудшались. Среднее количество общего белка снизилось к 5 суткам до $58,4 \pm 8,3$ г/л, а уровень мочевины повысился до $10,5 \pm 4,9$ ммоль/л. На 7 сутки значение данных показателей составило: белок $56 \pm 11,2$ г/л, мочевина $14,8 \pm 8,5$ ммоль/л, что указывает на нарушение обмена веществ и прогрессирование катаболизма.

Происходило также нарастание эндогенной интоксикации, о чем свидетельствует повышение лейкоцитарного индекса интоксикации с $3,5 \pm 3,2$ на 1 сутки до $6,7 \pm 3,3$ к 7 суткам.

В исследуемый период наблюдались и иммунные нарушения, что заметно по изменению абсолютного числа лимфоцитов. В 1 сутки оно составляло 1324 ± 573 , заметно снижаясь к 5 и 7 суткам — 1103 ± 514 и 1095 ± 575 соответственно.

При анализе полученных данных становится очевидным, что послеоперационные нарушения обмена веществ обуславливают нарастание эндотоксикоза при тяжелых хирургических заболеваниях, являясь тем патогенетическим звеном развития патологического процесса, которое часто приводит к развитию полиорганной недостаточности.

Данная зависимость более выражена у лиц пожилого возраста, когда присутствует функциональная недостаточность сердечно-

легочной, мочевыводящей, пищеварительной систем, значительно снижены компенсаторные функции организма, что и определяет неблагоприятный исход лечения.

Выводы

1. Лечение хирургических больных пожилого возраста в послеоперационном периоде является сложной и не всегда разрешимой задачей, что определяет актуальность рассмотренной проблемы.

2. Критическое снижение уровня общего белка, нарастание мочевины и лейкоцитарного индекса интоксикации в послеоперационный период должны заставить хирургов задуматься о правильности проводимого послеоперационного лечения.

3. У больных данной категории необходимо учитывать сопутствующую патологию и проводить коррекцию нарушений функций различных систем организма еще в предоперационный период.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаин Ю.М., Алексеев С.А. Проблема абдоминального сепсиса в хирургии. Синдром энтеральной недостаточности. // Бел. Мед. Журнал. — 2003. — № 2 — С. 9—12.
2. Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. и др. Абдоминальный сепсис: современный взгляд на нестареющую проблему // Вестн. интенсивной терапии. — 1996. — № 4 — С. 29—35.
3. Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р. и др. Синдром полиорганной недостаточности у больных перитонитом. // Хирургия. — 1988. — № 2. — С. 73—76.
4. Костюченко А.Л. Принципы интенсивной терапии тяжелых органических дисфункций и последовательно развивающейся органной несостоятельности. // состояние и перспективы развития анестезиологии и реаниматологии. — Спб, 1996. — С. 43—48.

5. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. — М.: Медицина, 1990. — 560 с.
6. Попова Т.С., Тамазашвили Т.Ш., Шестопалов А.Е. Парентеральное и энтеральное питание в хирургии. — М., 1996.
7. Попова Т.С., Шестопалов А.Е. и др. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. — М., 2002.
8. Сингаевский В.С. Причины летальных исходов при тяжелой сочетанной травме. // Вестн. хирургии. — 2002. — № 2 — С. 62—64.
9. Хорошилов И.Е. Пациенты до и после хирургического вмешательства; голодание или адекватное питание. // Вестн. хирургии. — 2002. — № 6 — С. 13—15.
10. Хрупкин В.И., Алексеев В.А. Синдром энтеральной недостаточности у больных с распространенным перитонитом: оценка степени тяжести и исхода процесса. // Вестн. хирургии. — 2004. — № 2 — С. 46—49.

Поступила 21.02.2005

УДК 616.381-089.85:616.36-008.5
ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ
ИЗ МИНИЛАПОРТОМНОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ
ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Д.А. Кузам

Гомельский государственный медицинский университет

Проанализированы особенности анатомических взаимоотношений органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Изучены результаты хирургического паллиативного лечения 89 больных раком головки поджелудочной железы, осложненным механической желтухой, которые были разделены на две группы. Первую группу составили 46 больных, оперированных из стандартных лапаротомных доступов, которым в 35 (76,1%) случаях выполнена холецистоеюностомия, в 6 (13,1%) — гепатикоюностомия, в 5 (10,8%) — супрадуоденальная холедоходуоденостомия. Осложнения развились у 18 (39,1%) больных, летальность составила 17,4%. В сроки до 6 месяцев у 27,6% больных развился рецидив желтухи. Во вторую группу вошли 43 больных, оперированных из минилапаротомного доступа с использованием специального набора инструментов, которым выполнена супрадуоденальная холедоходуоденостомия. Осложнения после операции отмечены у 6 (14,5%) больных, летальность — 4,6%. Рецидивов желтухи у них не было. Супрадуоденальные холедоходуоденоанастомозы имеют существенные преимущества перед билиодигестивными анастомозами с желчным пузырем при раках головки поджелудочной железы, осложненным механической желтухой. Операции из минилапаротомного доступа малотравматичны, имеют меньше осложнений и случаев летальности.

Ключевые слова: механическая желтуха, рак головки поджелудочной железы, паллиативные операции, минилапаротомный доступ.

THE GROUND OF THE EFFICIENCY OF PALLIATIVE MINOR LAPAROTOMIC
OPERATIONS ON THE PATIENTS SUFFERING FROM THE OBSTRUCTIVE
JAUNDICE OF TUMOROUS GENESIS

D.A. Kuzam

Gomel State Medical University

The peculiarities of anatomic relations between the organs of hepapancreatoduodenal zone and the results of surgical palliative treatment, performed on 89 patients with the cancer of the head of the pancreas, complicated by obstructive jaundice were closely studied. It turned out, that supraduodenal choledochoduodenal anastomoses with minorlaparotomic access have considerable advantages over biliary-enteric anastomoses in gallbladder in the patients from this category. They are less traumatic, have less complications and lethality.

Key words: cancer of head of pancreas, obstructive jaundice, palliative operations, minorlaparotomic access.