

Оморов Р.А., Абдиев А.

ИЧ-КӨНДӨЙ ХИРУРГИЯСЫНДАГЫ КАЙРА ЖАСАЛГАН ОПЕРАЦИЯЛАР ЖАНА АЛАРДЫН ЭФФЕКТИВДҮҮЛҮГҮ

Оморов Р.А., Абдиев А.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

R.A. Omorov, A.A. Abdiev

REOPERATIONS IN ABDOMINAL SURGERY AND THEIR EFFECTIVENESS

УДК: 616.381-089.193.4

Ич-көндөй оорулары боюнча тез жана пландык түрдө жасалган операциялардан кийин, кайталанып операция жасалган 26 бейтаптын ретроспективдүү анализи берилди. Кайталанып жасалган 26 бейтаптын ичинен 6 бейтапта өтүшүп кетүү катталып, 2 бейтап өсүп кеткен полиоргандык жетишсиздиктен көз жумган (7,7%).

Негизги сөздөр: *тез, пландуу, кайталанган операциялар, өтүшүп кетүү, өлүм.*

Представлен ретроспективный анализ повторных операций у 26 больных, экстренно и планомерно оперированных по поводу заболеваний брюшной полости. Из 26 – осложнения после повторной операции возникли у 6 больных, умерло 2 от нарастающей полиорганной недостаточности (7,7%).

Ключевые слова: *экстренные, плановые, повторные операции, осложнения, летальность.*

Represented retrospective analysis of reoperations in 26 patients, after emergency and planned surgeries for diseases of the abdominal cavity. From 26 - postoperative complications occurred in 6 patients, 2 patients died because of polyorgan insufficiency (7.7%).

Key words: *emergency, planned, repeated surgery, complications, mortality.*

Повторные операции в экстренной и плановой абдоминальной хирургии и в настоящее время являются одной из важных проблем [1,7]. Все исследователи отмечают увеличение количества больных с деструктивными и распространенными формами заболеваний, требующими оперативного лечения. Но после повторных операций увеличивается и частота осложнений при которых для устранения причин необходима релапаротомия [1,2,8]. Наиболее часто возникают эти осложнения в экстренной хирургии, но и в плановой не являются редкостью, особенно у лиц пожилого и старческого возраста у которых имеют место тяжелые сопутствующие заболевания, а повторные операции усиливают тяжесть состояния больных [3,4,9]. Причиной повторных операций являются перитонит, кровотечение, кишечная непроходимость, желчеистечения, возникающие в раннем послеоперационном периоде.

Проблема повторных операций заслуживает внимания тем, что в большинстве случаев диагностика осложнений затруднительна и решение о выполнении релапаротомии принимается запоздало,

что и решает исход болезни, а нередко повторная операция является единственным средством спасти больного. Необходимо отметить, что после повторных операций часто возникают различные осложнения, которые усугубляют течение послеоперационного периода и нередко являются причиной смерти [5,7,8]. Выполненные релапаротомии даже окончившиеся успешно сказываются на качестве жизни в отдаленные сроки [6], поэтому выяснение причин возникновения осложнений, их своевременная диагностика и адекватный метод лечения являются важным решением этой проблемы [4,5].

Цель работы – представить ретроспективный анализ причин повторных операций в абдоминальной хирургии и их эффективность.

Материал и методики обследования

Аналізу подвергнуты истории болезни больных оперированных по поводу заболеваний органов брюшной полости, у которых в послеоперационном периоде возникли осложнения, требовавшие повторной операции – релапаротомии. Эти больные оперированы в период 2015 и по август 2016 годы в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек. Всего оперировано в этот период 1467 больных по поводу заболеваний органов брюшной полости, из них в экстренном порядке 912 (62,2%).

В обследовании больных использованы результаты общего анализа крови, печеночные тесты, многократное ультразвуковое исследование, обзорный снимок брюшной полости.

Результаты и их обсуждение

Повторные операции выполнены у 26 больных, что составило 1,8% к числу оперированных на органах брюшной полости. Женщин было 18, мужчин 8. Возраст колебался от 19 до 84 лет. В рассматриваемом материале мы исключили больных, которым выполнены эндовидеолапароскопические операции, это будет нами освещено позже, а в данной работе мы включили больных, которым операции выполнены лапаротомным доступом.

Из 26 больных, у 6 показанием для повторной операции явилось внутрибрюшное кровотечение из них у 4 после холецистэктомии, все они повторно оперированы в первые часы после операции.

Наблюдение за больными в отделении реанимации позволило отметить выделение крови через дренажи у 3 больных и сразу решить вопрос о повторной операции, а у одной больной отделяемого из дренажа не было, но гемодинамические показатели и анализ крови в динамике и УЗИ позволили определить внутрибрюшное кровотечение и выполнить повторную операцию. При повторной операции установлено кровотечение из ложа желчного пузыря у 3, а у одного из пузырной артерии (причина соскальзывание лигатуры). В момент операции ложе пузыря дополнительно ушито, а при кровотечении из пузырной артерии – сосуд перевязан и брюшная полость санирована.

У двух больных первая операция была выполнена по поводу эхинококкоза, ликвидация полости капитонажем, после операции установлено кровотечение у одной на 3, а у второй на 4 сутки после операции, при УЗИ выявлено скопление жидкости в подпеченочном пространстве, что явилось показанием для повторной операции, при релапаротомии источник кровотечения не обнаружен, операция закончилась удалением крови, санацией и дренированием брюшной полости.

У 8 больных показанием для релапаротомии явился перитонит, который был ограниченным у 3 и еще у 5 разлитым. Ограниченный (поддиафрагмальный, подпеченочный абсцесс) развился после резекции желудка, выполненной по поводу язвенной болезни, операция повторная произведена на 12 сутки еще у одного после спленэктомии, выполненной по поводу травмы и у одной после операции по поводу спаечной кишечной непроходимости.

Разлитой перитонит явился показанием для повторной операции у 5 больных, из них у 2 он развился после операции выполненной по поводу спаечной кишечной непроходимости, еще у 3 после операции по поводу ограниченного перитонита (нагноение аппендикулярного инфильтрата у 2 и абсцесс подпеченочного пространства у одного).

У 8 повторные операции выполнены по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости, которая развилась у 2 после аппендэктомии, еще у 2 после холецистэктомии и у 2 первая операция была по поводу кишечной непроходимости, а в раннем послеоперационном периоде вновь возникла спаечная кишечная непроходимость. У шести больных при возникновении кишечной непроходимости сначала выполнена медикаментозная терапия – стимуляция кишечника с последующим УЗИ и при неэффективности – оперированы, выполнено рассечение спаек, санация брюшной полости и дренирование, а у двух больных повторная операция была запоздалой – у одного на 3 сутки с момента появления признаков кишечной непроходимости, а у второго на 5 сутки, хотя им неоднократно выполнялось УЗИ и обзорный снимок брюшной полости, обнаружены вздутие петли кишечника с наличием горизонтальных уровней, но продолжали стиму-

лировать кишечник, без эффекта. После повторной операции у одного рассечение спаек, а у второго резекция кишечника – состояние оставалось тяжелым, одного удалось спасти, а второй умер от нарастающей полиорганной недостаточности.

У двух женщин, оперированных по поводу острого холецистита после операции имела место эвентрация кишечника, у одной через 2 дня после операции и у второй через 6 суток. После приступа кашля была установлена эвентрация, обе больные срочно оперированы, осложнений после повторной операции не было.

Еще у 2 женщин показанием для повторной операции явилось желчеистечение, у одной из них причиной было соскальзывание лигатуры с пузырного протока, на 3 сутки после операции через страховой дренаж стала обильно выделяться желчь, при УЗИ обнаружено скопление жидкости в подпеченочном пространстве и больная была повторно оперирована – пузырный проток перевязан, брюшная полость тщательно промыта озонированным раствором и дренирована, а у второй больной желчеистечение определено после операции – абдоминализации полости эхинококковой кисты. На 4 сутки через страховой дренаж стала выделяться жидкость с примесью желчи, состояние стало ухудшаться, повысилась температура, усилились боли в животе, нарастал лейкоцитоз и при УЗИ обнаружена свободная жидкость в брюшной полости и в малом тазу и на 6 сутки повторно оперирована, брюшная полость санирована, желчный свищ ушит и брюшная полость дренирована. Послеоперационный период протекал тяжело, но больную удалось спасти.

У всех повторно оперированных, кроме 3 женщин с кровотечением, послеоперационный период протекал тяжело, им выполнялась массивная антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, лечебная дыхательная гимнастика. Из 26 повторно оперированных у 4 возникло нагноение раны, еще у 3 наблюдался парез кишечника, проводилась медикаментозная терапия, наступило восстановление функции кишечника. У 2 нарастали явления полиорганной недостаточности, которые и явились причиной смерти: один из них ранее оперирован по поводу аппендикулярного абсцесса, после операции возникла кишечная непроходимость, оперирован повторно и несмотря на лечение, полиорганная недостаточность прогрессировала. Второй оперирован по поводу спаечной кишечной непроходимости, после операции возник разлитой перитонит на почве перфорации кишечника, при повторной операции выполнена резекция тонкого кишечника, состояние оставалось тяжелым, нарастала полиорганная недостаточность, которая и явилась причиной смерти. Следовательно, выполнение повторной операции оправдано, несмотря на тяжесть течения послеоперационного периода большинство больных удалось спасти, умерло 2 из 26 оперированных.

На нашем материале пребывание в стационаре колебалось от 7 до 47 койко-дней, по группе составило $18,5 \pm 2,11$ койко-дней.

Таким образом, наши разработки позволяют сделать выводы:

1. Повторные операции не являются редкостью и показания к ним могут возникать после любого оперативного вмешательства.

2. Самое главное – это своевременно выявить осложнение и выполнить повторную операцию и провести комплексное лечение.

3. Больные после повторной операции более длительно находятся на стационарном лечении.

4. Полученные результаты подтверждают необходимость в разработке мер профилактики осложнений при выполнении операций на органах брюшной полости и своевременной диагностики осложнений, которые требуют повторного оперативного вмешательства.

Литература:

1. Бебуришвили, А.Г. Релапаротомия в раннем послеоперационном периоде [Текст] / А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин, А.Н. Акинчиц // Эндоскопическая хирургия.- 2006.- №5.- С. 25-29.
2. Григорьев Е.Г. Релапаротомия в лечении послеоперационного перитонита [Текст] / Е.Г. Григорьев, С.Л.

Колмаков, Е.В. Нечаев // Бюллетень ВСНЦСО РАМН, 2015.- №3 (41).- С. 218-219.

3. Жебровский, В.В. Осложнения в хирургии живота [Текст] / В.В. Жебровский // М: ООО «Медицинское информационное агентство».- 2006.- 448с.
4. Лебедев, Н.В. Оценка тяжести состояния больных в неотложной хирургии и травматологии [Текст] / Н.В. Лебедев // М: Медицина.- 2008.- 143с.
5. Мерзликин, Н.В. Релапаротомия и лапаростомия в лечении ранних послеоперационных осложнений [Текст] / Н.В. Мерзликин, В.И. Барабаш, В.Ф. Цхай // Вестник хирургии.- 2011.- №4.- С. 27-31.
6. Отдаленные результаты хирургического лечения больных, перенесших релапаротомию [Текст] / А.Р. Шакирова, А.В. Смолькина, Ш.И. Хусаинов и др. // Труды Ульяновского Государственного университета. Ульяновск, 2010.- С. 21-23.
7. Martinez, C.I. Preoperative risk factors for mortality after relaparotomy, analysis of 254 patients [Text] / C.I. Martinez // Arch. Surg.- 2010.- Vol. 396, №5.- P. 527-534.
8. van Ruler, O. Failure of available scoring systems to predict ongoing infection in patients with abdominal sepsis after their initial emergency laparotomy [Text] / O. Ruler, J.J. Kiewiet, K.R. Boer // BMC Surg.- 2011.- Vol. 45, №3.- P. 34-35.
9. Оморов, Р.А. Осложнение стрессовых язв желудка как причина смерти [Текст] / Р.А. Оморов, А.А. Абдиев, С.А.. Айтбаев // Известия вузов Кыргызстана.- 2015.- №4.- С. 59-61.

Рецензент: д.м.н. Мусаев У.С.