

*Абдиев А.А.*

**ИЧ-КӨНДӨЙ ХИРУРГИЯСЫНДА КАЙРА ОПЕРАЦИЯ КЫЛУУНУ ТАЛАП  
 КЫЛГАН ӨТҮШҮП КЕТҮҮЛӨРДҮН СЕБЕПТЕРИ ЖАНА ДИАГНОСТИКАСЫ  
 (адабий обзор)**

*Абдиев А.А.*

**ПРИЧИНЫ И ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ, ТРЕБУЮЩИХ РЕЛАПАРОТОМИИ  
 В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ (обзор литературы)**

*A.A. Abdiev*

**CAUSES AND DIAGNOSIS OF COMPLICATIONS REQUIRING RELAPAROTOMY IN  
 ABDOMINAL SURGERY (literature review)**

УДК: 616.381-089.193.4-036.8-06

*Макалада ич-көндөй хирургиясында кайра операция кылууну талап кылган өтүшүп кетүүлөрдүн себептери жана диагностикасы жөнүндө адабий маалыматтар көрсөтүлдү.*

**Негизги сөздөр:** кайталанган операциялар, өтүшүп кетүүлөрдүн себеби, өтүшүп кетүүлөрдү диагностикалоо.

*В статье представлены литературные сведения о причинах осложнений и диагностике, требующих выполнения повторных операций в абдоминальной хирургии.*

**Ключевые слова:** повторные операции, причины осложнений, диагностика осложнений.

*In this study represented literature data on the causes of complications and diagnosis, requiring reoperations in abdominal surgery.*

**Key words:** reoperations, causes of complications, diagnosis of complications.

В настоящее время многие исследователи отмечают увеличение числа больных, которым выполняются повторные операции, после которых возникает ряд осложнений, влияющих на исход заболевания [1,2,43]. Этому способствует рост числа больных, поступающих с деструктивными формами заболевания, которым показано оперативное лечение и у которых у большинства имеет место риск возникновения грозных осложнений, в лечении которых необходимо повторное оперативное вмешательство, а также увеличилось число больных с обширными операциями с огромным риском возникновения осложнений. Нельзя исключить и влияние тяжелых сопутствующих заболеваний, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, которые тяжело переносят как основное оперативное вмешательство, так и повторные операции, как утверждают Бояринцев Н.Н. и соавт. [8]. Важное значение имеет и техника выполнения операции, при которой должны быть учтены общее состояние больного, распространенность процесса и возможности выполнения радикальной операции.

Ряд исследователей отмечает, что повторные операции чаще выполняются после экстренных операций и реже после плановых, но в любом случае это дополнительное вмешательство существенно влияет на состояние больных и исход болезни [12,14,17].

Наиболее частыми причинами для выполнения повторных операций является перитонит на почве уже ранее имевшего места, после операции идет прогрессирование, когда для его ликвидации необходима повторная операция, но чаще это осложнение возникает в результате осложнений в момент операции (повреждение полого органа, нетщательный гемостаз, несостоятельность швов анастомоза и др.).

Нередко перитонит возникает на почве кровотечения, которое своевременно не остановлено или желчеистечение на почве ятрогенного повреждения желчных путей и на замеченных в момент операции [19,22].

В общем перитонит возникает на почве многих причин. Другим осложнением, встречающимся довольно часто – это внутрибрюшное кровотечение, оно наиболее часто наблюдается после холецистэктомии из ложа желчного пузыря, из пузырной артерии при соскальзывании лигатуры или не тщательной перевязке, после резекции желудка, кишечника, когда в момент операции не тщательный гемостаз и при других операциях [25,26,45].

Также довольно часто выполняются повторные операции при формировании абсцессов в брюшной полости, которые возникают при инфицировании остатков крови в брюшной полости, при ограничении воспалительного процесса. Их возникновение существенно влияет на течение заболевания, особенно при несвоевременном их распознавании.

Также осложнением, которое может явиться показанием для повторной операции относится желчеистечение. Оно наблюдается чаще после операций, выполненных по поводу ЖКБ или эхинококкоза печени. При ЖКБ желчеистечение возникает

в результате нетщательного ушивания ложа желчного пузыря, при соскальзывании лигатуры с пузырного протока и при ятрогенном повреждении желчных протоков. Самым грозным является ятрогенное повреждение, особенно если оно не замечено в момент операции. Длительное желчеистечение наблюдается при ЖКБ, если в момент операции не выявлен конкремент в холедохе, через наружный дренаж выделяется длительное время желчь, а после удаления формируется желчный свищ, в таком случае ставится вопрос о повторной операции или попытаться эндоскопически удалить конкремент из холедоха.

При эхинококкозе печени после эхинококкэктомии тоже может наблюдаться желчеистечение, если в момент операции желчный свищ, открывающийся в полость кисты не выявлен, или не тщательно ушит. Нередко желчеистечение возникает после резекции печени, выполненный по поводу альвеококкоза.

Но при желчеистечении не всегда требуется повторная операция к показанию операции нужно подходить дифференцированно.

Если в первый день после операции, выполненный по поводу ЖКБ и ее осложнений через страховые дренажи выделяется желчь, то это указывает на ятрогенные повреждения желчных путей или несостоятельность культи желчного пузыря, а при УЗИ обнаруживается наличие жидкости в подпеченочном пространстве или в брюшной полости, то это указывает на необходимость срочной повторной операции и чем раньше она выполнена, тем более благоприятный исход, а при запоздалой операции развивается перитонит [3,8]. Если на 3-4 сутки в отделяемом из страховых дренажей появляется примесь желчи, а при УЗИ не обнаружено скопление жидкости в брюшной полости, то как отмечают Оморов Р.А. и соавт. [20] от повторной операции можно воздержаться, дренажи обеспечивают отток жидкости и желчный свищ может самостоятельно закрыться, но за больным необходим контроль УЗИ и измерение количества отделяемой желчи. В тех случаях, когда количество выделяемой желчи более 100-200мл и ее количество не уменьшается, следовательно необходима повторная операция.

Особую группу составляют больные с резидуальными конкрементами в холедохе. Через дренаж в холедохе длительное время выделялся много желчи (150-200мл и более на протяжении 8-10 дней), то необходимо выполнить холангиографию и результаты ее подтвердят наличие конкрементов в холедохе. Необходимо эндоскопически попытаться удалить конкремент, но это методика сложна и даже опытные эндоскописты не более, чем в 50% удаляют конкремент, а в большинстве случаев выполняется повторная операция. При резидуальном холедохолитиазе если удалили дренаж из холедоха, то по ходу дренажа формируется желчный свищ, то как указывают, необходимо выполнить фистулохоледохографию для уточнения локализации конкремента

при этом показана повторная операция, но особенно она тяжело переносится пожилыми пациентами [20].

После операции нередко возникает ранняя спаечная кишечная непроходимость, которая формируется в результате спаек, которые чаще всего локализуются возле очага воспаления или места операции.

Это наиболее часто встречающиеся осложнения, которые требуют повторной операции. В своей статье мы остановились на осложнениях, которые возникают при лапаротомном доступе, так как повторные операции после лапароскопических операциях – это предмет специального исследования, результаты которых будут даны нами позднее.

Высокий процент осложнений после повторных операций и летальности связаны не только с этиологическим фактором, но и с трудностями и сложностями диагностики послеоперационных осложнений и определением показаний и срока выполнения повторной операции, о чем утверждают многие исследователи [10,13], а всем известно, что чем раньше она выполнена, тем лучше исход [33,34,35], но релапаротомия это единственная возможность спасти жизнь оперированному больному [22,30,36].

Как утверждают многие исследователи [16,18,27,32,37,46] сложность диагностики осложнений заключается в атипичном их клиническом течении, так как на проявления оказывает влияние введение обезболивающих средств, массивных доз антибиотиков с широким спектром действия, инфузионная терапия и др., что способствует изменению клинической симптоматики развивающихся осложнений и затрудняет решение хирурга на повторную операцию.

Немаловажное значение в диагностике осложнений имеет пристальное внимание хирурга за состоянием больных и если состояние не укладывается в выполненную операцию, необходимо углубить обследование, на что указывают ряд исследователей [9,17].

Показатели общего анализа крови мало информативны, так как предшествующие операции заболевания также отражаются на показателях крови, но ряд исследователей отмечают, что нарастание лейкоцитарного индекса интоксикации должно насторожить хирурга о возможности возникновения осложнений [11,24,41]. Более информативны показатели общего анализа крови при осложнении кровотечением, снижение гемоглобина, количество эритроцитов, особенно при массивном кровотечении указывают на необходимость повторной операции, а при медленно протекающем осложнении показатели крови длительное время остаются не измененными, либо мало измененными [8,38].

Более информативным методом диагностики осложнений является ультразвуковое исследование брюшной полости при котором удается выявить наличие жидкости в малом тазу, в отдельных областях брюшной полости (поддиафрагмальной,

между петлями кишечника, под печенью и др.), что диктует необходимость повторной операции или использование чрескожного дренирования под контролем УЗИ [7,21,23]. При УЗИ можно определить внутрибрюшное кровотечение, абсцесс брюшной полости различной локализации, перитонит.

При ранней кишечной непроходимости основным методом ее диагностики является обзорная рентгенография брюшной полости, при наличии механического препятствия выявляется вздутие кишечника с наличием горизонтальных уровней (чаши Клойбера). УЗИ также можно использовать для диагностики кишечной непроходимости, при этом отмечается усиление перистальтики кишечника и наличие свободной жидкости в брюшной полости, но более информативным является рентгенография брюшной полости [12,21,28,29].

В последние годы многие исследователи [4,5,12,28,31,39,40,41,42] отмечают диагностическую ценность лапароскопии при которой можно установить перитонит, кровотечение, желчеистечение и выполнить санацию брюшной полости. Однако возникновение осложнений при лапароскопии можно определить не более чем у 60-75% обследованных.

При выполнении повторной операции все исследователи рекомендуют бережное отношение к тканям и органам, осуществлять тщательный гемостаз, санацию и дренирование всех отделов брюшной полости, особенно при таком осложнении как перитонит. Как указывают Боярынцев Н.И. [8] в большинстве случаев исход операции зависит от дренирования брюшной полости, создания пациенту наиболее выгодного положения, ранняя активизация и комплексное лечение.

Таким образом, анализ литературных сведений по причинам повторных операций и методам диагностики осложнений и показаний к повторной операции позволил установить следующее:

1. После любой операции на органах брюшной полости могут возникнуть осложнения, требующие повторного хирургического вмешательства.

2. В диагностике возникших осложнений необходимо использовать все возможные методики: клинические, лабораторные и инструментальные.

3. Чем раньше выполняется повторная операция, тем лучше исход, поэтому необходим поиск методов диагностики и лечения, обеспечивающих благоприятный исход.

#### Литература:

- Александров, В.Г. Особенности тактики и организации лечения больных послеоперационным перитонитом в провинциальных муниципальных учреждениях здравоохранения [Текст] / В.Г. Александров // Автореф. дисс. канд. мед. наук.- 2004.- 23с.
- Александрович, Г.Л. Неотложные релапаротомии [Текст] / Г.Л. Александрович, А.Г. Росмяков, Н.И. Боярынцев // Владивосток Издательство Дальневосточного упта.- 1989.- 148с.
- Алимов, Р.Р. Парез кишечника при панкреатогенном перитоните [Текст] / Р.Р. Алимов, О.Г. Изотова, Х.К. Каимов // Скорая мед. помощь.- 2006.- №2. С. 60-61.
- Ашрафов, Р.А. Послеоперационный перитонит: диагностика и хирургическое лечение [Текст] / Р.А. Ашрафов, М.И. Давыдов // Вестник хирургии.- 2000.- №5.- С. 114-118.
- Брискин, Б.С. Антибактериальная терапия у больных с тяжелыми формами распространенного перитонита [Текст] / Б.С. Брискин, М.Д. Дибиров, Н.Н. Хоматрян // Consilium medicum.- 2008.- №1.- С. 23-26.
- Борисов, Р.Н. Значение релапаротомии при комплексном лечении больных с распространенным гнойным перитонитом [Текст] / Р.Н. Борисов // Журнал Сибирское медицинское обозрение.- 2009.- Том 50, №2.- С. 13-16.
- Бородин, М.А. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым поведением у больных с заболевааниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства [Текст] / М.А. Бородин, Д.М. Красильников, И.В. Зайпуллин // Эндоскоп. хир.- 2006.- №2.- С. 2-11.
- Боярынцев, Н.И. Повторные операции в экстренной и плановой абдоминальной хирургии [Текст] / Н.И. Боярынцев, Е.В. Николаев, Н.В. Ташкинов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.- 2008.- Том 61, №3.- С. 76-77.
- Гальбрайт, В.А. Прогностические и психологические аспекты релапаротомии у больных с послеоперационным перитонитом [Текст] / В.А. Гальбрайт, М.И. Пароваткин, Ю.В. Кухтенко // Новые технологии в хирургии: Межд. хир. конгресс.- 2005.- 119с.
- Гулов, М.К. Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения [Текст] / М.К. Гулов, К.М. Курбонов // Хирургия.- 2004.- №10.- С. 24-26.
- Дехнич, А.В. Антибактериальная терапия осложненных интраабдоминальных инфекций: от чего зависит успех [Текст] / А.В. Дехнич, Р.С. Козлов, А.В. Голуб // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.- 2011.- №2.- С. 158-162.
- Дуданов, И.П. Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений [Текст] / И.П. Дуданов, В.Е. Соболев // Хирургия.- 2007.- №3.- С. 22-25.
- Ерохин, И.А. Тяжелая абдоминальная инфекция. Проблема перитонита и абдоминальный сепсис [Текст] / И.А. Ерохин, С.А. Шляпников // Хирургия.- 2006.- №2.- С. 9-14.
- Жигаев, Г.Ф. Повторные операции на желчных путях после холецистэктомии [Текст] / Г.Ф. Жигаев, А.Д. Быков, И.С. Зутьхарова // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.- 2008.- Том 61, №3.- С. 77-78.
- Здзиковский, Д.Э. Динамика микробного пейзажа распространенного перитонита при этапном введении брюшной полости [Текст] / Д.Э. Здзиковский, Р.Н. Борисов, Т.Б. Сказка // Сиб. мед. обозрение.- 2011.- №2.- С. 71-73.
- Костюченко, К.В. Прогнозирование исходов хирургического лечения распространенного перитонита [Текст] / К.В. Костюченко // Дисс. док. мед. наук. 14.00.27.- 2009.- 226с.
- Кригер, А.Г. Диагностика и лечение послеоперационных осложнений [Текст] / А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин, П.С. Глушков // Хирургия.- 2003.- №8.- С. 19-23.
- Кукош, М.В. Релапаротомия как критерий качества медицинской помощи в экстренной абдоминальной хирургии [Текст] / М.В. Кукош, Г.И. Гомзов // Новые

- технологии в хирургии. Международный хирургический конгресс Ростов на Дону.- 2005.- 126с.
19. Курбонов, К.М. Диагностика и тактика лечения послеоперационного желчного перитонита [Текст] / К.М. Курбонов, Н.М. Даминова // Хирургия.- 2007.- №8.- С. 24-28.
  20. Оморов, Р.А. Диагностика и лечение механической желтухи различного генеза [Текст] / Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, Р.Т. Усенбаев // Бишкек: ОсОО «Махима».- 2005.- 337с.
  21. Приходько, А.Г. Ультразвуковая диагностика послеоперационного перитонита [Текст] / А.Г. Приходько, В.А. Авакимян, А.В. Андреев // Вестник хирургии гастроэнтерологии.- 2009.- №2.- С. 51-55.
  22. Стручков, Ю.В. Оценка тяжести течения послеоперационного перитонита [Текст] / Ю.В. Стручков, Н.В. Горбачева // Хирургия.- 2007.- №7.- С. 12-15.
  23. Хасанов, А.Г. Результаты миниинвазивных вмешательств при повторных операциях на брюшной полости [Текст] / А.Г. Хасанов, А.Ф. Бадретдинов, М.А. Нуриддинов // Хирургия.- 2006.- №11.- С. 29-32.
  24. Чупров, М.П. Ранняя диагностика эндотоксикоза у больных аппендикулярным перитонитом [Текст] / М.П. Чупров и др. // Материалы Российской научно-практической конференции.- 2009.- 49с.
  25. Cartu, D. Postoperative biliary peritonitis diagnosis and treatment difficulties [Text] / D. Cartu, I. Georgescu, R. Nemes // Chirurgia (bucur).- 2006.- Vol. 101, №2.- P. 169-173.
  26. Cassidy, M.R. Reducing Postoperative pulmonary complications with a Multidisciplinary patient care program [Text] / M.R. Cassidy // YAMA Surg.- 2013.- Vol. 5, №1.- 6p.
  27. Colline, P. College national des gynecologues et abstetniciens fraqaism [Text] / P. Colline, M. Ballester, A. Fanconier // Y Gynecol. Obstet.Biol. Reprod.- 2010.- Vol. 39, №8.- P. 123-135.
  28. Kim, K.W. Postoperative anatomic and pathologic findings at CT following gastrectomy [Text] / K.W. Kim, B.I. Chi, Y.K. Han // Radiographics.- 2002.- Vol. 22, №2.- P. 323-336.
  29. Kumar R.R. Factors affecting the successful management of intra-abdominal abscesses with antibiotics and the need for percutaneous drainage [Text] / R.R. Kumar, Y.T. Kim, Y.S. Haukoos // Dis Colon Rectum.- 2006.- Vol. 49, №2.- P. 183-189.
  30. Martinez-Casas, I. Preoperative risk factors for mortality after relaparotomy analysis of 254 patients [Text] / I. Martinez-Casas, Y.Y. Sancho, E. Nve // Langenbecks Arch. Surg.- 2010.- Vol. 395, №5.- P. 527-534.
  31. Men, S. Percutaneous drainage of abdominal abscess [Text] / S. Men, O. Akhan, M. Koroglu // Eur/ J. Radiol.- 2002.- Vol. 43, №3.- P. 204-218.
  32. Ming, P.S. Risk factors of postoperative infections in adults with complicated appendicitis [Text] / P.S. Ming, T.Y. Yan, C.H. Tat // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.- 2009.- Vol. 19, №3.- P. 244-248.
  33. Montravers, P. Clinical Features and outcome of postoperative peritonitis following bariatric surgery [Text] / P. Montravers, Y. Guglielminotti, N. Zappella // Obs. Surg.- 2013.- №19.- 119p.
  34. Musskopf, M.I. Prognostic factors associated with in hospital mortality in patients with spontaneous bacterial peritonitis [Text] / M.I. Musskopf // Ann. Hepatol.- 2012.- Vol. 11, №6.- P. 915-920.
  35. Ruler, O. Failure of available scoring systems to predict ongoing infection in patients with abdominal sepsis after their initial emergency laparotomy [Text] / O. Ruler // BMC Surg.- 2011.- Vol. 45, №3.- P. 34-35.
  36. Sartelli, M. Complicated intra abdominal infections in Europe: preliminary data from the first three months of the CIAO Study [Text] / M. Sartelli, F. Catena, L. Ansaloni // World J Emerg.- Surg.- 2012.- Vol. 7, №1.- 15p.
  37. Scheim, M. Surgical management of intra-abdominal infection: is there any evidence? [Text] / M. Scheim // Langenbecks Arch. Surg.- 2002.- Vol. 387.- P. 1-7.
  38. Seguin, P. Risk factors for multidrug – resistant bacteria in patients with post operative peritonitis requiring intensive care [Text] / P. Seguin // J Antimicrob. Chemother.- 2010.- Vol. 65, №2.- P. 342-346.
  39. Strobel, O. Surgical therapy of peritonitis [Text] / O. Strobel, J. Werner, M.W. Buchler // Chirurg.- 2011.- Vol. 82, №3.- P. 242-248.
  40. Szonestein, S. Laparoscopic lysis of adhesions [Text] / S. Szonestein, E. LoMenzo, C. Simpfendorfer // World Y Surg.- 2006.- Vol. 30, №4.- P. 535-540.
  41. Tsumura, H. Laparoscopic adhesiolysis for recurrent postoperative small bowel obstruction [Text] / H. Tsumura, T. Ichikawa, Y. Murakami // Hepatogastroenterology.- 2004.- Vol. 51, №58.- P. 1058-1061.
  42. Utzolino, S. Postoperative sepsis: diagnosis, special features, management [Text] / S. Utzolino, U.T. Hopt, M. Kaffarnik // Zentralbl. Chir.- 2010.- Vol. 135, №3.- P. 240-248.
  43. Viehl, C.T. The Acute physiology and Chronic Health Evaluation II score is helpful in predicting the need of relaparotomies in patients with secondary peritonitis of colorectal origin [Text] / C.T. Viehl // Swiss. Med. Wkly.- 2012.- №25.- 142p.
  44. Visokai, V. Relaparotomy for complications of urgent abdominal disorders [Text] / V. Visokai, L. Lipska, P. Bergmann // Rozhl Chir.- 2006.- Vol. 85, №4.- P. 180-185.
  45. Woung, Y.C. The effects of repeat laparoscopic surgery on the treatment of complications resulting from laparoscopic surgery [Text] / Y.C. Woung // Am. Surg.- 2012.- Vol. 78, №9.- P. 926-932.
  46. Усубакунов, У.Э. Коррекция синдрома системной воспалительной реакции в абдоминальной хирургии [Текст] / У.Э. Усубакунов // Журнал Наука и новые технологии.- 2015.- №2.- С. 76-78.

Рецензент: д.м.н., профессор Мусаев А.И.