

УДК 616.381 - 089.85 - 053.9

Т.И. Бояринцев, Е.В. Николаев, Н.В. Ташкин, К.Г. Норкин,
Г.П. Норкин, С.Д. Кашей, В.П. Бельмач, И.Г. Головкова,
И.Г. Довгий, А.И. Довгий, И.Н. Музалев, А.П. Топтыгин

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
МУЗ "Городская клиническая больница №11", г. Хабаровск

Проблема осложнений в абдоминальной хирургии, связанные с этим вопросы повторных операций и сохраняющиеся высокие цифры летальности после релапаротомий заставляют вновь и вновь обращаться к этому вопросу многих отечественных и зарубежных хирургов. Важным социальным моментом является и увеличение среди оперированных лиц пожилого и старческого возраста, которые тяжелее переносят как основное оперативное пособие, так и повторные операции из-за имеющихся сопутствующих заболеваний [1-3].

Резервом улучшения лечения послеоперационной патологии живота является абдоминальная эндоскопия [4-7]. Лапароскопия позволяет в более ранние сроки выставить диагноз послеоперационного осложнения и, в возможных случаях, провести гораздо менее травматичное лечение [8-10]. Немаловажным является и то, что лапароскопия является организационно и финансово доступной для большинства населения [11]. И если вопросам лапароскопической диагностики послеоперационных осложнений посвящено достаточное количество работ, то лапароскопическому лечению возникших осложнений гораздо меньше [12, 13].

Материалы и методы

Настоящая работа основана на сравнительном анализе результатов лечения 493 повторно оперированных больных, поступивших в клинику с острой хирургической патологией органов брюшной полости и травмой живота мирного времени, и 134 пациентов после проведения плановых оперативных вмешательств за период с 1988 по 2001 г. Были проанализированы по две рандомизированные группы больных. При расчетах использовались компьютерные средства статистической обработки данных: Биостат 4.03, Statistica 5.0 (Basic Statistics/Tables), Microsoft Excel 8.0. Первую группу составили 168 пациентов, перенесших релапаротомии после неотложных операций и находившихся на лечении в клинике в период с 1988 по 1992 г. В этой группе диагностика основывалась только на традиционных клинических методах исследования (без применения лапароскопии), а в тактике лечения применялись только традиционные способы релапаротомии. Под термином "традиционные" (т.е. открытые) [14] релапаротомии мы подразумеваем повторное вхождение в брюшную полость через доступ, примененный при первой операции, или через новый разрез передней

Резюме

Целью исследования явилось изучение возможностей лапароскопии в лечении послеоперационных абдоминальных осложнений после экстренных и плановых операций на органах брюшной полости. Сравнению подверглись рандомизированные группы экстренных и плановых больных. В первой, экстренной (168 чел.), для диагностики и лечения применялись только традиционные методы без использования лапароскопии. Во второй, экстренной (325 чел.), использовались как традиционные способы, так и лапароскопия. Таким же образом исследовались две группы плановых больных, соответственно, 49 и 85 чел. Применение лапароскопии для диагностики и лечения возникших осложнений позволило достоверно уменьшить общую летальность среди исследованных во всех возрастных категориях у экстренных больных с 29,7 до 16,9%, а среди плановых больных - с 38,7 до 12,9%.

N.I. Boyarincev, E.V. Nikolaev, N.V. Tashkinov,
K.G. Norkin, G.P. Norkin, S.D. Kaschey,
V.P. Belmach, I.G. Golovkova, I.G. Dovgiy,
A.I. Dovgiy, I.N. Muzalev, A.P. Toptygin

REPEATED OPERATIONS IN EMERGENCY AND PLANNED ABDOMINAL SURGERY

Far Eastern State Medical University,
Municipal City Hospital №11, Khabarovsk

Summary

The aim of research was studying opportunities of a laparoscopy in treatment postoperative abdominal complications after emergent and planned operations. To comparison have undergone randomized groups of emergency and planned patients. In the first, emergency, (168 patients) for diagnostics and treatments were applied only traditional methods without use of a laparoscopy. In the second, emergency, (325 patients) were used both traditional ways, and a laparoscopy. Also, two groups of planned patients (49 and 85 patients) were analyzed. Application of a laparoscopy for diagnostics and treatments of arisen complications has allowed to reduce common mortality in all age categories: of emergency patients from 29,7 up to 16,9% and among planned patients - from 38,7 up to 12,9%.

брюшной стенки (без применения лапароскопии). Вторая группа объединила 325 повторно оперированных экстренных больных, находившихся на лечении в клинике в период с 1993 по 2001 г. Диагностика послеоперационных осложнений в этой группе осуществлялась как с применением тради-

ционных клинических исследований, так и с применением лапароскопии. Повторные оперативные вмешательства были выполнены как традиционным способом, так и лапароскопически. Таким же образом исследовались две группы больных после плановых оперативных вмешательств, соответственно, по 49 и 85 чел.

Результаты исследования

Нами были повторно прооперированы 104 больных с развившимся после неотложных операций перитонитом. Первую группу, где диагностика осуществлялась без применения лапароскопии, составили 22 чел. В послеоперационном периоде из них погибли 12 пациентов, что составило 54,5% летальности. Во второй группе (82 чел.), где для распознавания послеоперационного перитонита на ранних стадиях развития применялась лапароскопия, умерло 28 больных, что составило 34,1%. Повторные операции по поводу перитонита после плановых хирургических вмешательств производились в 58 случаях. Первую группу, где диагностика осуществлялась на основе традиционных методик, составили 27 чел. В послеоперационном периоде из них погибли 14 пациентов, что составило 51,8% летальности. В группе, где для распознавания послеоперационного перитонита на ранних стадиях развития применялись эндовидеохирургические методы (31 больной), умерло 3 пациента, что составило 9,6%.

В группе повторно оперированных после экстренных операций по поводу ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости под нашим наблюдением находилось 135 больных. Из них группу с традиционными релапаротомиями составил 41 больной, вторую, где для диагностики и лечения применялись как чревосечения, так и лапароскопия — 94 пациента. Выполненный во второй группе лапароскопический адгезиоэнтеролизис оказался эффективным у 39 из 45 больных. Переход на традиционную релапаротомию потребовался в 6 случаях. Летальных исходов среди лапароскопически повторно оперированных не было. Послеоперационная летальность среди традиционно реоперированных больных после экстренных операций в первой группе составила 12,2%, во второй группе — только 6,4%.

Ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость после плановых оперативных вмешательств была выявлена в 19 случаях. При этом 6 пациентов были повторно оперированы после традиционных методик диагностики, из них 2 больных (33,3%) умерли. Диагностическая лапароскопия, в свою очередь, применялась у 13 пациентов, из них лапароскопический адгезиоэнтеролизис был успешно выполнен у 9 чел. Летальный исход наблюдался у 3 больных, что составило 23,07%. Необходимо отметить, что все случаи смерти пришлось на больных, которым производился традиционный лапаротомный доступ с целью разделения спаек.

Абсцессы брюшной полости после экстренных операций встретились в наших наблюдениях у 108

чел. В первой группе, состоящей из 38 больных и где для вскрытия применялись только рутинные методы, летальность составила 21,0% (умерло 8 пациентов). В группе, где вскрытие абсцессов производилось как традиционными способами, так и с применением лапароскопии, летальность уменьшилась и составила 7,1% (умерло 5 чел.). После плановых операций мы наблюдали абсцессы брюшной полости у 40 пациентов. Традиционным оперативным вмешательствам были подвергнуты 7 больных, из них 1 пациент скончался (14,3%). Лапароскопическая диагностика выполнялась в 31 случае, из них последующее лапароскопическое вскрытие и дренирование абсцесса выполнялось у 24 пациентов. Летальность в данной группе составила 12,9% (умерло 4 больных после традиционных релапаротомий).

При внутрибрюшных кровотечениях и гематомах в группе, где применялись традиционные релапаротомии после экстренных операций, летальность среди всех реоперированных составила 30,0%. В группе, где с целью диагностики этого осложнения применялся разработанный нами алгоритм с применением лапароскопии, летальность уменьшилась до 22,7%. После плановых операций мы наблюдали внутрибрюшные кровотечения, гемоперитонеум и гематомы брюшной полости у 27 пациентов. Традиционные релапаротомии выполнены у 4 пациентов, летальность составила 25,0% (1 пациент умер). Лапароскопическая диагностика применена у 23 больных, из них лапароскопический гемостаз и санация брюшной полости были выполнены в 18 случаях. Летальность составила 8,7% (2 случая смерти).

Заключение

Применение нами комплексного лечения послеоперационных осложнений после экстренных абдоминальных вмешательств у 325 больных, основанного на оптимальном сочетании традиционных и лапароскопических вмешательств, применительно к каждому конкретному больному, сопровождалось общей летальностью равной 16,9% (умерло 55 чел.). Аналогично после плановых оперативных вмешательств из 85 пациентов с развившимися ранними послеоперационными осложнениями, в диагностике и лечении которых применялись новые методы, умерло 11 пациентов, что составило 12,9%.

Из 168 экстренных больных, которым диагностика осложнений и реоперации производились только традиционными методами, умерло 50 пациентов, что составило 29,7% летальности. У 49 плановых больных, подвергнутых релапаротомиям, летальность составила 38,7% (19 случаев смерти).

Таким образом, рациональное сочетание лапароскопических вмешательств и традиционных релапаротомий у больных основных групп позволило достоверно снизить летальность по сравнению с контрольными группами.

Это говорит о правильности выбранной нами тактике лечения данной категории больных.

Выводы

1. Лапароскопия является методом выбора в диагностике таких послеоперационных абдоминальных осложнений, как перитонит, внутрибрюшные абсцессы, внутрибрюшные кровотечения и гематомы.

2. При развившемся в послеоперационном периоде перитоните, абсцессах брюшной полости, ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости, внутрибрюшных кровотечениях и гематомах показано применение лечебной лапароскопии в качестве первоочередного вмешательства. Выполнение данного пособия позволяет сократить число традиционных релапаротомий на 22,7% и улучшить результаты лечения. При отсутствии эффекта от лечебной лапароскопии в течение первых суток больным должна выполняться релапаротомия.

3. Применение комплексного лечения послеоперационных абдоминальных осложнений, в сравнении с традиционными релапаротомиями, позволило за исследуемый период времени достоверно снизить процент летальных исходов у больных с 29,7 до 16,9% в экстренной и, соответственно, с 38,7 до 12,9% — в плановой абдоминальной хирургии.

Литература

1. Александрович Г.Л., Николаев Е.В., Зайков Е.И. // Неотложная хирургия органов брюшной полости. Хабаровск, 1981. С.80-83.

2. Корита В.Р., Михеткина С.И. // Актуальные вопросы развития здравоохранения и клинической медицины. Биробиджан, 1997. С.108-110.

3. Carter R., Anderson S.R. // Brit. J. Surg. 1994. Vol.81, No 6. P.869-871.

4. Перминова Г.И. Лапароскопия в urgentной хирургии. Автореф... д-ра мед. наук. М., 1987. С.49.

5. Малиновский Н.Н., Балалыкин А.С. // Хирургия. 1995. №5. С.7-9.

6. Емельянов С.И. // Эндоскоп. хирургия. 1997. №2. 54 с.

7. Галлигер Ю.И., Годжелло Э.А., Хрусталева М.В. // Эндоскоп. хирургия. 2000. №2. 19 с.

8. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Феденко В.В. // Эндоскоп. хирургия. 1995. №1. С.5-8.

9. Александрович Г.Л., Николаев Е.В., Ташкинов Н.В. и др. // Актуальные вопросы развития здравоохранения и клинической медицины. Биробиджан, 1997. С.119-121.

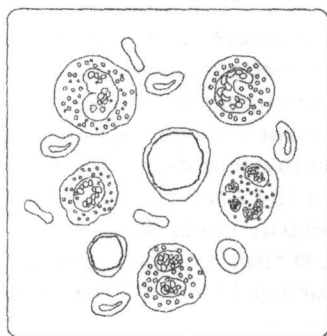
10. Буянов В.М., Родоман Г.В., Лаберко Л.А. и др. // Эндоскоп. хирургия. 1999. №1. С.13-15.

11. Борисов А.И., Григорьев С.Г. // Эндоскоп. хирургия. 2000. №2. 13 с.

12. Перминова Г.И., Соколов А.А., Сиротинский В.В. и др. // Хирургия. 1993. №7. С.67-71.

13. Агафонов И.В., Давыдов А.А., Крапивин Б.В. и др. // Эндоскоп. хирургия. 2001. №2.

14. Савельев В.Л., Кригер А.Г. // Эндоскоп. хирургия. 1999. №3. С.3-6.



УДК 616.33 - 002.44 - 005.1 - 08 - 053.8(571.620)

Е.В. Николаев, О.Ю. Боженков, О.А. Костина, Н.П. Маслакова,
Н.А. Карагодина, Н.В. Кривенцова, М.В. Тосимская

НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА КАК ФАКТОР РИСКА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

МУЗ "Городская больница №7", г. Комсомольск-на-Амуре;
Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) — наиболее частые и серьезные осложнения гастродуоденальных язв. Они развиваются более чем у 15% больных язвенной болезнью и в структуре всех случаев кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта встречаются наиболее часто [5, 8]. Вместе с тем язвенные гастродуоденальные кровотечения реже всего предрасположены к спонтанной остановке на фоне обычной гемостатической терапии и чаще, чем ЖКК другой этио-

логии, склонны к рецидивированию. При этом кровотечения из гастродуоденальных язв, как непосредственная причина смерти, занимают первое место в структуре летальности при язвенной болезни и намного обгоняют по этому показателю язвенные перфорации.

Установлено, что наиболее информативным в изучении факторов риска развития язвенных кровотечений является исследование системы гемостаза у пациентов с язвенной болезнью желудка и