

3. Ермакова Н.Г., Пауков В.С., Салтыков Б.Б. // Вестн. новых мед. технологий. – 1999. – № 2. – С. 62-64.
4. Загородникова Л.В. Иммунологические аспекты прогнозирования и профилактики перехода острого гематогенного остеомиелита в хроническую стадию у детей / Автореф. дис. □ канд. мед. наук. – Челябинск, 1988.
5. Корженевский А.А. Дифференцированная иммунокоррекция в комплексном лечении больных хроническим остеомиелитом при разных вариантах иммунодефицитного состояния / Автореф. дис. □ канд. мед. наук. – Уфа, 1999.
6. Патютко М. Ю. Клинико-иммунологическая оценка применения нового иммуномодулятора «полиоксидоний» в комплексной терапии гнойно-септических осложнений у хирургических больных / Автореф. дис. □ канд. мед. наук. – М., 1996.
7. Рахимов А.У. Активное хирургическое вмешательство и иммунокоррекция в лечении гнойно-воспалительных заболеваний у детей / Автореф. дис. □ докт. мед. наук. – Самарканд, 1991.

РЕЛАПАРОТОМИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В.А. Новиков, В.Н. Юдаев

МУЗ «Коломенская ЦРБ», г. Коломна, Московская область

В литературе довольно часто обсуждаются проблемы, связанные с повторными хирургическими вмешательствами. Несмотря на длительную историю вопроса, интерес к нему не ослабевает. Это объясняется тем, что данная операция не является редкостью, выполняется повсеместно и сопровождается высокой летальностью, достигающей, по данным литературы, 24–80% [1, 3, 5]. При этом количество релапаротомий увеличивается, что, в первую очередь, связано с расширением возможностей анестезиологии и реаниматологии, диагностики, появлением миниинвазивных операционных методик и т. д., вследствие чего релапаротомия перестала быть «операцией отчаяния».

Речь идет даже не о ней, а о тех патологических состояниях, которые являются поводом для проведения повторных оперативных вмешательств. Показания к выполнению релапаротомии могут возникнуть как вследствие развития основного заболевания, по поводу которого проводилась первичная операция, так и в связи с осложнениями самой операции.

Существует масса классификаций и определений релапаротомии. Мы понимаем под релапаротомией повторное оперативное вмешательство (порой неоднократное), выполняемое по поводу патологического состояния, возникшего после первой операции и угрожающего жизни больного.

По данным литературы, частота релапаротомий составляет от 0,5 до 6,4% [3, 5]. Столь большой разброс показателей объясняется специализацией и характером работы лечебного учреждения, квалификацией хирургов, оснащенностью инструментарием, диагностической аппаратурой и т.п.

За 10 лет в ЦРБ г. Коломны выполнено 14183 первичных операций на органах брюшной полости. Из анализа исключены больные, оперированные по поводу онкологических заболеваний.

Релапаротомия проведена у 144 больных, что составило 1,02% от всех оперированных. Этим пациентам выполнено 206 операций. Основная масса больных, которым проведена релапаротомия, первоначально оперированы в экстренном порядке по поводу острых хирургических заболеваний.

Возраст повторно оперированных больных – от 3 до 90 лет. Мужчин было 93, женщин – 51. Максимум больных (67,4%) приходится на возраст от 20 до 59 лет.

Распределение больных в зависимости от патологического процесса, послужившего поводом для первой операции, приведено в табл. 1. Здесь же указано количество повторных операций, среди которых самыми частыми были операции у больных с травматическими повреждениями органов брюшной полости, заболеваниями поджелудочной железы и кишечника. Соответственно указанным группам больных представлено число умерших, где на первом месте – больные с заболеваниями желудка, поджелудочной железы и травматическими повреждениями.

Таблица 1

Характер заболеваний и структура осложнений, потребовавших проведения релапаротомии

Заболевания оперированных больных	Всего оперировано	Осложнения							Умерло	
		Прогрессирующий перитонит	Послеоперационный перитонит	Кровотечение	Непроходимость	Эвентрация	Абсцессы	Другие		Всего
Травматические повреждения брюшной полости	918	17	10	5	1	3	-	1	37	7
Панкреонекроз	307	12	1	3	-	2	7	-	24	6
Заболевания кишечника	268	9	3	1	2	2	-	1	18	7
Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	668	8	2	1	-	2	2	-	16	9
Аппендицит	3312	3	4	1	4	1	3	-	16	1
Холецистит	2778	-	9	1	-	1	1	2	13	4
Непроходимость, ущемленная грыжа	955	2	5	2	1	2	-	-	12	1
Гинекологические болезни	8020	5	2	1	2	1	-	-	11	-
ВСЕГО		56	36	15	10	13	12	4	144	35

Среди осложнений, которые потребовали выполнения повторной операции, превалируют прогрессирующий и послеоперационный перитонит, затем следуют послеоперационные кровотечения, непроходимость, эвентрация и абсцессы брюшной полости. Следует отметить, что более чем у трети больных с перитонитом имелось сочетание двух или трех осложнений одновременно, что не могло не сказаться на тяжести состояния.

Анализ причин развития осложнений далеко не во всех наблюдениях позволяет дать однозначный ответ. Нам удалось выявить следующие причины послеоперационных осложнений:

- тяжесть течения и запущенность заболевания;
- ранний спаечный процесс;
- иммунодефицитные состояния;
- дефекты хирургической техники.

При тщательном анализе причин возникновения осложнений становится понятно, что более чем у трети больных можно было избежать развития жизненно опасных состояний. Речь идет о возникновении таких осложнений, как несостоятельность швов межкишечных, билиодигестивных и желудочно-кишечных анастомозов, недостаточная фиксация дренажей, интраоперационное инфицирование брюшной полости, неполноценная ревизия и санация брюшной полости во время первой операции, дефекты проведения гемостаза и т.п. Аналогичные данные приводятся другими авторами [2, 5, 6].

Думается, что кропотливый анализ и обсуждение на местах этой группы причин осложнений может послужить рациональной унификации тактики лечения больных, тщательному соблюдению техники операций, повышению ответственности врача за ведение послеоперационного периода.

Определенные трудности возникают на стадии диагностики указанных осложнений. Не вдаваясь в патогенез развития таких осложнений, как послеоперационная непроходимость и эвентрация, отметим, что повторная операция, направленная на их устранение, проводилась в экстренном порядке, сразу по установлению диагноза указанных состояний. Обычно диагностика данной группы осложнений не представляет трудностей, хотя в ряде случаев наблюдается гипердиагностика в отношении кишечной непроходимости.

При возникновении в послеоперационном периоде кровотечений, причиной которых являются технические погрешности, допущенные при первой операции, имеется типичная клиническая симптоматика. Характер отделяемого по дренажам и зондам и данные, получаемые при УЗИ или при эндоскопических исследованиях, позволяют уверенно поставить диагноз в первые часы развития осложнения и своевременно предпринять корригирующее вмешательство.

Если далее мы рассмотрим летальность, вызванную осложнениями, по поводу которых проводилась релапаротомия, можно увидеть, сколь она велика (табл. 2).

Таблица 2

**Летальность при осложнениях,
потребовавших проведения релапаротомии**

Осложнения	Число больных	Из них умерли	
		абс.	%
Прогрессирующий перитонит	56	18	32
Послеоперационный перитонит	36	11	31,8
Кровотечение	15	3	20
Эвентрация	13	-	-
Абсцессы	12	2	16,6
Непроходимость	10	1	10

Как уже было отмечено, наиболее многочисленной была группа больных с перитонитом. Летальность в этой группе составила 32% (умерли 29 больных). На первый взгляд, показатель летальности велик, но здесь необходимо отметить следующее. Если не «разбавлять» статистические данные более легкими случаями перитонита (что, с одной стороны, увеличивает репрезентативность исследования, а с другой, значительно улучшает показатели), а анализировать самую тяжелую группу больных, то получатся истинные показатели (к сожалению, большие), которые объективно характеризуют состояние проблемы.

Именно в этой группе 34 больным проводились неоднократные оперативные вмешательства (табл. 3).

Таблица 3

**Зависимость показателей летальности
от количества релапаротомий**

Количество релапаротомий	Число больных	Из них умерли	
		абс.	%
1	110	26	23,6
2	14	3	21,3
3	11	5	45,4
4	9	1	11,1

Здесь выявляется следующая закономерность: смертность возрастала по мере увеличения числа повторных операций. Это подтверждается и данными литературы [11].

Само собой разумеется, релапаротомия не является самостоятельной причиной смерти: количество релапаротомий является следствием внутрибрюшного и/или общего устойчивого сепсиса и сопровождающей его полиорганной недостаточности.

Говоря о трудностях диагностики перитонита, обычно имеют в виду тех больных, у которых возникает так называемый послеоперационный перитонит.

Для адекватной диагностики перитонита должны быть привлечены все доступные возможности, начиная со скрупулезной оценки состояния больного, результатов физикального обследования, позволяющих определить минимально выраженные, начальные признаки нарастания интоксикации. Существенную помощь здесь оказывают результаты лабораторно-функциональных исследований, расчет ЛИИ, определение уровня средних молекул, данные рентгенологических исследований, динамическое УЗИ и, наконец, лапароскопия. Этот диагностический комплекс повышает точность выявления осложнения, что позволяет установить показания к релапаротомии.

Прежде всего, следует понимать, что послеоперационный период не протекает гладко: речь идет о «синдроме неадекватного течения послеоперационного периода». Однако анализ ургентной хирургической деятельности показывает, что так называемая «активно-выжидательная тактика» при рецидивах язвенных кровотечений и активное наблюдение за развивающимся перитонитом – это если не откровенные уловки, то узаконенная пассивность. Необходимо взять за правило: если сомнения остаются, следует отдавать предпочтение активной тактике, исходя из того, что на современном уровне анестезиолого-реанимационного обеспечения диагностическая лапаротомия менее опасна для больного, чем запоздалое вмешательство по поводу запущенного процесса.

В начале сообщения говорилось, что в настоящее время релапаротомия перестает быть «операцией отчаяния», становясь результатом целенаправленной тактики (программные релапаротомии, second-look-технологии и т. д.) [6, 7, 9, 10]. Речь идет о другом тактическом подходе, который используется при распространенном перитоните, когда заведомо ясно, что в силу имеющихся воспалительных изменений, несмотря на устранение источника перитонита и тщательную санацию, потребуются повторные санации брюшной полости, что особенно важно при участии в развитии перитонита неклостридиальной микрофлоры, отмечающейся практически у 70% больных [6, 7, 9]. В подобных ситуациях строить дальнейшую операционную стратегию приходится не на объективных количественных характеристиках выраженности инфекционного процесса (определение степени бактериальной контаминации содержимого брюшной полости), а на визуальных критериях ее состояния, что достаточно субъективно.

Этими признаками являются:

- тусклая отечная брюшина, покрытая пластами не снимающегося со стенок органов фибрина;
- значительное количество мутного, зловонного экссудата, присутствие кишечного содержимого;
- выраженный парез желудочно-кишечного тракта с инфильтрацией стенок кишечника;
- формирующиеся абсцессы кишечника.

Здесь хотелось бы подчеркнуть следующее: если во время первой операции принято решение о проведении программной релапаротомии, то ее следует выполнять в первые 24 часа, так как более длительная задержка приводит к катастрофическому прогрессированию перитонита, нарастанию уровня интоксикации, полиорганной недостаточности и зачастую сводит на нет последующие усилия.

При принятом решении о необходимости релапаротомии выстраивается цепь мероприятий, тщательное выполнение которых позволяет надеяться на выздоровление больного.

Адекватная предоперационная подготовка включает в себя:

- устранение тканевой дегидратации, гиповолемии и электролитных нарушений;
- коррекцию расстройств, обусловленных эндогенной интоксикацией и сопутствующими заболеваниями;
- адекватную дооперационную антибактериальную терапию.

В задачи операции входит следующее:

- устранение источника перитонита;
- интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости;
- создание условий для пролонгированной санации;
- обязательная адекватная интубация кишечника.

Интенсивная терапия в послеоперационном периоде – это по сути лечение тяжелого сепсиса. Оно предусматривает инфузионную терапию, парентеральную нутритивную поддержку, рациональную респираторную тактику, антибактериальную терапию, коррекцию несостоятельности иммунной системы, применение экстракорпоральной детоксикации и гемокоррекции.

При оценке комплекса указанных выше мероприятий, даже не детализированных, становится понятным, что его реализация возможна на базе хирургических отделений, укомплектованных высокотехнологичным лабораторным, диагностическим и лечебным оборудованием, а также персоналом, имеющим опыт лечения подобных больных. В рамках медицинских округов эта задача должна решаться на базе хирургических отделений ведущих больниц округа, где следует концентрировать подобных пациентов. Проблема заключается в отборе больных, которым потребуется проведение указанного выше лечебного комплекса.

Для этих целей можно воспользоваться принятым в клинической практике понятием об абдоминальном сепсисе [4], сформированным на базе его клинической классификации [8]. Составляющими ее служат следующие положения:

- наличие инфекционно-деструктивного очага в брюшной полости (в нашем случае - распространенный гнойный перитонит);
- гипертермия ($>38^{\circ}\text{C}$) или гипотермия ($<36^{\circ}\text{C}$);
- тахипноэ ($>20/\text{мин}$) или гипокания (<32 мм рт.ст.);
- тахикардия ($>90/\text{мин}$);
- лейкоцитоз (>12000), либо лейкопения (<4000), либо палочкоядерный сдвиг ($>10\%$).

Наличие более двух признаков синдрома системной воспалительной реакции при наличии перитонита считается проявлением простого сепсиса. Дополнение этого комплекса синдромом полиорганной недостаточности расценивается как тяжелый сепсис. Наличие на этом фоне артериальной гипотензии (<90 мм рт.ст.), несмотря на адекватное восполнение гиповолемии, требующей применения катехоламинов, расценивается как терминальная фаза сепсиса, представляющая собой, по сути, инфекционно-токсический шок.

Больные с распространенным гнойным перитонитом, сочетающимся с 3-4 признаками синдрома системно-воспалительной реакции или проявлениями инфекционно-токсического шока и составляют ту группу больных, которые должны быть госпитализированы для лечения в хирургические отделения ведущих больниц медицинских округов. Задержка с началом проведения лечения на 1-1,5 часа не повлияет в значительной степени на исход, тем более, что предоперационная подготовка может проводиться в реанимобиле во время транспортировки больного.

Таким образом, самыми частыми причинами релапаротомии являются прогрессирующий или развившийся после операции перитонит, внутрибрюшные кровотечения и абсцессы, эвентрация. У трети больных развитие послеоперационных осложнений обусловлено дефектами хирургической техники. Количество релапаротомий может быть уменьшено за счет унификации тактики лечения, тщательного соблюдения техники выполнения операций, повышения ответственности врача за ведение послеоперационного периода. Лечение этой группы больных должно проводиться в специализированных хирургических отделениях ведущих больниц медицинских округов Московской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аскерханов Г.Р., Гусейнов А.Г., Загиров У.З., Султанов Ш.А. // *Ann. Surg.* - 1993. - V. 218. - P. 111-119.
2. Мелехов Е.П. // *Хирургия.* - 1981. - № 8. - С. 83-87.
3. Мышкин К.И., Блувштейн Г.А. // *Хирургия.* - 1989. - № 1. - С. 87-90.

4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А. и др. // Анн. хир. – 1999. – № 6. – С. 14-18.
5. Савельев В.С., Гологорский В.А. // Хирургия. – 1987. – № 1. – С. 9-14.
6. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Линденберг А.А., Мехтиев Р.И. // Хирургия. – 1987. – № 1. – С. 87-90.
7. Berger D., Buttenschoen K. // Arch. Surg. – 1998. – V. 383. – P. 35-43.
8. Bone R.C., Balk A.B., Cerra F.B. et al. // Crit. Care Med. – 1992. – V. 20, № 6. – P. 864-874.
9. Bosscha K., Van Vroonhoven Th. J. M. V., Van der Werken Ch. // Brit. J. Surg. – 1999. – V. 86. – P. 1371-1377.
10. Hau T., Ohmann C., Wolmershauser A. et al. // Arch. Surg. – 1995. – V. 130. – № 11. – P. 1193-1196.
11. Koperna Th., Schulz F. Prognosis and treatment of peritonitis // Arch. Surg. – 1996. – V. 131. – P. 180-185.

ПЕРФТОРАН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ГНОЙНОЙ ПАТОЛОГИИ

М.Н. Руденков, Б.М. Марьяновский

МУЗ «Коломенская ЦРБ», г. Коломна, Московская область

В течение последних 5 лет в практику лечения больных различного профиля внедрен кровезаменитель с газотранспортной функцией – перфторан. Перфторан применяется в качестве противошокового и противоишемического средства. Препарат обладает газотранспортными, реологическими, гемодинамическими, диуретическими, мембраностабилизирующими, кардиопротекторными и сорбционными свойствами. Период полувыведения перфторана составляет около 24 часов. Показаниями для его применения служат: острая и хроническая гиповолемия (сепсис и септический шок, синдром полиорганной недостаточности, шок любой другой этиологии), нарушения микроциркуляции и периферического кровообращения (гнойно-септические состояния).

Учитывая, что перфторан обладает возможностью переносить кислород, на первом этапе препарат применяли при лечении больных, перенесших геморрагический шок и острую гипоксию головного мозга. В дальнейшем, с приобретением опыта, перфторан стал шире использоваться у больных с другой патологией, в том числе – с гнойно-септическими состояниями.

Всего препарат применен более чем 100 больным, из них 9 – с сепсисом различной этиологии (абдоминальный сепсис, сепсис при пневмониях, сепсис в челюстно-лицевой хирургии). В зависимости от тяжести состояния больных, перфторан применялся или однократно в дозе 200 мл, или на протяжении нескольких дней. Максимальная доза составила 800 мл. Перед применением препарат размораживался при комнатной температуре, подогревался до +21 – +23 градусов и переливался под контролем биологической пробы. Аллергических реакций при переливании перфторана практически не отмечалось.