



МАЛКОВ И.С., КИРШИН А.П., САЛАХОВ Э.К.
Казанская государственная медицинская академия

616.31-07-089.168.1

Диагностика и лечение послеоперационных интраабдоминальных осложнений

Малков Игорь Сергеевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии
420139, г. Казань, ул. Р. Зорге, д. 101, кв. 113, тел.: 268-76-78, 8-917-396-89-64.

Авторами проанализированы результаты лечения 198 больных, повторно оперированных по поводу послеоперационного перитонита, непроходимости кишечника и внутрибрюшного кровотечения. Было установлено наличие у них атипичной клинической картины по сравнению с первичным патологическим процессом, развивающимся на фоне «полного» благополучия. Данный фактор являлся главной причиной запоздалой диагностики и несвоевременного выполнения повторного чревосечения у 83,2% больных. С целью объективизации состояния пациента, у которого отмечаются подобные синдромы, были использованы лапароскопия и УЗИ. Показано, что в лечении послеоперационного перитонита, абсцессов брюшной полости и ранней спаечной кишечной непроходимости методы могут служить альтернативой релапаротомии.

Ключевые слова: послеоперационные осложнения, диагностика, лечение.

MALKOV I.S., KIRSHIN A.P., SALAKHOV E.K.
Kazan State Medical Academy

Diagnosis and treatment of postoperative intraabdominal complications

Authors analyzed the results of treatment of 198 patients, repeated surgery for postoperative peritonitis, intestinal obstruction and intra-abdominal bleeding. It was found that they have an atypical clinical picture in comparison with the primary pathological process developing against a background of "complete" prosperity. This factor is the main cause of delayed diagnosis and delayed implementation of relaparotomy in 83.2% of patients. In order to objectify the patient, who observed these symptoms, we used laparoscopy and ultrasonography. It is shown that the treatment of postoperative peritonitis, abdominal abscesses and early adhesive intestinal obstruction methods can provide an alternative to relaparotomy.

Keywords: postoperative complications, diagnosis, treatment.

Несмотря на совершенствование методов хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости, вопросы диагностики и лечения ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений не утратили своей актуальности. По данным отечественных и зарубежных авторов, частота релапаротомии колеблется от 0,5 до 13,6% (Абдулжалилов М.К., Нажмутдинов З.З., Абдулаев У.М., 2005; Бебуришвили А.Г., Акинчиц А.Н., Елистратова Е.Е., 2005; Будневский В.И. и соавт., 2005; Глабай В.П., Шаров А.И., Архаров А.В., 2005). Из общей структуры данных осложнений на долю послеоперационного перитонита

приходится от 7,3 до 86% (Шугаев А.И., Шеху М.Д. 1996; Фаррахов А.З., Красильников Д.М., Зайнуллин И.В., Галеева О.П., 2005). Атипичность клинической картины послеоперационных осложнений приводит к несвоевременному выполнению повторного чревосечения у 17-48% больных и является главной причиной их неблагоприятного исхода (Толстой А.Д. и соавт., 1996; Будневский В.И., Демидов Г.И., Алленов М.И., 2005). Летальность при этом составляет 20,9-37,2% (Глабай В.П., Шаров А.И., Архаров А.В., 2005; Голик А.Д. и соавт., 2005; Рычковский Г.Ф. и соавт., 2005). Наряду с этим ни один из используемых



методов современной диагностики не обладает абсолютной достоверностью.

Широкое внедрение малоинвазивных технологий в клиническую практику в настоящее время предопределяет коррекцию существующего алгоритма диагностики и лечения послеоперационных интраабдоминальных осложнений, центральным звеном которого являлась релапаротомия. Однако роль этих методов в комплексе послеоперационных лечебно-диагностических мероприятий оценивается недостаточно.

Настоящее исследование основано на ретроспективном анализе различных послеоперационных интраабдоминальных осложнений (ПИО), наблюдавшихся у 198 (1,2%) пациентов из 17 256 оперированных в отделении неотложной хирургии клинической больницы № 7 г. Казани с 1988 по 2008 год.

Самую большую группу составили лица пожилого и старческого возраста (42,0%), поскольку в данной возрастной группе чаще производились хирургические вмешательства по поводу механической желтухи, осложненных форм желчнокаменной болезни, распространенного перитонита, обтурационной толстокишечной непроходимости. У женщин молодого и среднего возраста ПИО встречается в 1,7 раза реже, чем у мужчин аналогичной возрастной группы, что объясняется преобладанием у последних травматических повреждений живота.

Причиной ПИО явились острые воспалительные заболевания и травмы органов брюшной полости. Наибольший удельный вес занимали осложнения после оперативных вмешательств по поводу распространенного перитонита (23,2%), деструктивного панкреатита (18,7%), острой кишечной непроходимости (14,6%) и травм живота (12,2%).

Структура внутрибрюшных послеоперационных осложнений представлена в таблице 1. Как следует из представленных данных, первое место по частоте возникновения внутрибрюшных послеоперационных осложнений занимает послеоперационный перитонит. Причинами его развития явились несостоятельность кишечного шва (49,3%), прогрессирование воспалительного процесса в брюшной полости (28,3%), подтекание желчи после наложения чрескожно-чреспеченочной холангиостомии под УЗИ-контролем (14,2%), ишемический некроз кишечной стенки (6,4%), недиагностированная первичная патология (1,8%).

Таблица 1.
Характер и частота возникновения послеоперационных интраабдоминальных осложнений

№	Вид послеоперационного осложнения	Количество больных	
		абс.	%
1.	Распространенный перитонит	85	42,9
2.	Ранняя спаечная кишечная непроходимость	46	23,2
3.	Абсцессы брюшной полости	45	22,6
4.	Внутрибрюшные кровотечения	22	11,1
	Всего:	198	100

Послеоперационная ранняя спаечная непроходимость кишечника занимает второе место среди причин ПИО (27,3%). Развитие кишечного илеуса наиболее часто наблюдалось у больных, оперированных в нижних и средних отделах брюшной полости. Первичная операция у всех больных сопровождалась

дренированием брюшной полости. Отправным моментом в развитии послеоперационной спаечной кишечной непроходимости являлось наличие воспалительного процесса в брюшной полости. Третье место по частоте занимают внутрибрюшные абсцессы (18,7%). Основными причинами их развития явились неадекватные санация и дренирование брюшной полости (60,2%) при первичной операции, инфицирование брюшной полости при вскрытии просвета полого органа (39,8%). Причиной возникновения ПИО в 11,1% случаев было кровотечение. Его источником явились: недостаточный гемостаз зоны операции на желудке и 12-перстной кишке (17,8%), паренхиматозных органов (11,1%), недиагностированные ранения паренхиматозных органов (6,7%), ятрогенное ранение селезенки (4,4%), зона некроза хвоста поджелудочной железы и у 8,9% пациентов источник не установлен.

Степень анестезиологического и хирургического риска увеличивалась при наличии у больных тяжелых сопутствующих заболеваний. Большинство оперативных вмешательств, обусловленных послеоперационным перитонитом, ранней спаечной кишечной непроходимостью, кровотечением, проходили на фоне глубоких нарушений гомеостаза, тотального нагноения операционной раны, эвентерации кишечника, анемии.

Определение общелабораторных и биохимических показателей проводилось в клинической лаборатории МКЛО № 7 г. Казани стандартными методами. Микробиологическая диагностика выполнена в бактериологической лаборатории Республиканского центра СПИД и городской клинической больницы № 12.

В качестве неинвазивного метода оценки степени интерстициального отека в наших исследованиях мы использовали ультразвуковое исследование кишечной стенки у 37 больных распространенным послеоперационным перитонитом и у 46 — с ранней спаечной кишечной непроходимостью. Ультразвуковое сканирование проводили на аппарате HDI-3500 фирмы ALТ (США) с мультилинейным преобразователем 5-10 МГц.

На основании проведенного исследования нами было установлено, что при I степени энтеральной недостаточности толщина кишечной стенки (ТКС) не превышала 1,5 мм (1,3±0,24), при II степени составляла от 1,5 до 2,5 мм (2,1±0,36), при III степени — более 2,5 мм (3,1±0,44).

Лапароскопические вмешательства на органах брюшной полости проводились с использованием эндовидеоконструктивных комплексов и инструментов фирм Storz, Германия, Auto Suture Surgical Instruments, США, «Эндомедиум» и «Медфармсервис», Россия.

Ретроспективный анализ историй болезни 198 больных, повторно оперированных по поводу послеоперационного перитонита, непроходимости кишечника и внутрибрюшного кровотечения, показал наличие у них атипичной клинической картины по сравнению с первичным патологическим процессом, развивающимся на фоне «полного» благополучия. Данный фактор являлся главной причиной запоздалой диагностики и несвоевременного выполнения повторного чревосечения у 83,2% больных. Было также установлено, что, несмотря на атипичность клинических проявлений послеоперационных осложнений, при тщательном клиническом обследовании можно выявить ряд «тревожных» симптомов, указывающих на неблагоприятное послеоперационное течение. К последним можно отнести ухудшение общего самочувствия, жажду, сухость во рту, появление тошноты, рвоты, сохраняющуюся тахикардию, метеоризм, парез кишечника, субфебрилитет.

С целью объективизации состояния пациента, у которого отмечаются подобные синдромы, в клинике широко используются инструментальные и аппаратные методы исследования.

Лапароскопию в диагностике послеоперационных интраабдоминальных осложнений производили у 78 больных. В 29

(37,2%) случаях ПИО были исключены. У 49 (62,8%) пациентов метод применяли для оптимизации хирургической тактики и лечения выявленных осложнений. В значительном проценте случаев (71,4%) лапароскопия имела место при послеоперационном перитоните, который в 18 (51,4%) случаях носил распространенный характер.

Причиной возникновения перитонита в послеоперационном периоде явились:

1. Несостоятельность кишечного шва у 15 (42,8%) больных.
2. Прогрессирование воспалительного процесса в брюшной полости у 10 (28,6%).
3. Желчеистечение у 10 (28,6%).

При послеоперационном перитоните метод применялся в 35 случаях из 38 (92,1%), показания к релапаротомии определены у 15 пациентов с несостоятельностью кишечного шва. При ранней спаечной кишечной непроходимости (РСКН) лапароскопия была выполнена в 8 из 20 (40%) случаев, из них показания к лапаротомии определены у двух пациентов. В 2 случаях из 22 (9,1%) метод использовался при интраабдоминальных абсцессах, в 4 из 10 (40%) — при внутрибрюшных кровотечениях.

Задачи, которые решала лапароскопия, можно сформулировать следующим образом:

1. Диагностика интраабдоминального осложнения в случаях, когда другими методами исследования в послеоперационном периоде не удавалось исключить острую хирургическую патологию.
2. При установленном характере осложнения определение дальнейшей хирургической тактики.
3. Проведение плановых (программированных) санаций брюшной полости после релапаротомии по поводу распространенного гнойно-фибринозного или калового перитонита.

Положительный эффект лапароскопического лечения 35 пациентов с ПИО был достигнут в 31 (88,6%) случае. У 4 больных с послеоперационным перитонитом ввиду неэффективных лапароскопических лечебных мероприятий произведена релапаротомия. Летальный исход наблюдался у 2 (5,7%) больных, которым была выполнена релапаротомия по поводу послеоперационного распространенного перитонита с последующими плановыми лапароскопическими санациями брюшной полости. Смерть наступила, несмотря на повторные операции, от прогрессирующей полиорганной недостаточности.

Эхолокционный метод в диагностике ПИО использовали у 120 больных с синдромами неблагоприятного течения послеоперационного периода. Из них достоверные признаки интраабдоминального осложнения установлены в 85 (70,8%) случаях. В зависимости от характера патологического процесса ультразвуковое исследование выполняло только диагностические функции либо приобретало самостоятельное лечебное значение. Частота применения метода при различных видах ПИО представлена в таблице 2.

Так, при послеоперационном перитоните метод применялся в 36 случаях из 38 (94,7%), ранней спаечной кишечной непроходимости (РСКН) в 19 из 20 (95%), абсцессах брюшной полости в 22 из 22 (100%), внутрибрюшных кровотечениях в 8 из 10 (80%). Полученные данные показывают высокую частоту использования эхолокционного метода в диагностике и лечении ПИО, обусловленного его неинвазивностью и высокой информативностью. В процессе динамической сонографии были объективизированы эффективность проводимой консервативной терапии и показания к оперативному вмешательству у 17 (89,5%) пациентов.

Таблица 2.

Характер послеоперационных интраабдоминальных осложнений, в диагностике и лечении которых использовались эхолокционные методы

№	Вид послеоперационного осложнения	Количество больных	
		абс.	%
1.	Послеоперационный перитонит	36	42,3
2.	Ранняя спаечная кишечная непроходимость	19	22,4
3.	Абсцессы брюшной полости	22	25,9
4.	Внутрибрюшные кровотечения	8	9,4
	Всего:	85	100

На основании данных литературы и накопленного нами опыта были определены основные УЗ-критерии, которые в комплексе с клиническими и лабораторными исследованиями позволяли в большинстве случаев объективизировать наличие патологических послеоперационных синдромов.

УЗ-критерии послеоперационного перитонита.

- Наличие свободной жидкости в брюшной полости
- Умеренная (до 3,0 см в диаметре) дилатация как тонкой, так и толстой кишок
- Увеличение толщины кишечной стенки
- Вялая односторонне направленная перистальтика тонкой кишки или ее отсутствие

УЗ-критерии ранней спаечной кишечной непроходимости

- Утолщение перитонеального листка брюшины
- Изолированное расширение петель тонкой кишки (до 3,0 см и более), количество которых увеличивается при отрицательной динамике патологического процесса
- Увеличение толщины кишечной стенки (признак интерстициального отека), нередко сопровождающееся с ее слоистостью
- Вялая маятникообразная перистальтика
- Неоднородное жидкостное содержимое перерастянутых петель кишечника
- Наличие свободной жидкости в брюшной полости

Большую значимость сонография приобретала в диагностике и лечении послеоперационных интраабдоминальных абсцессов. Так, из 22 больных, у которых возникли подобные осложнения, правильный диагноз был установлен в 20 (91%) случаях. Частота проведения процедур и количество введенных дренажей зависели от их эффективности. В 12 (60%) случаях адекватное дренирование было достигнуто с помощью одной трубки, в 5 (25%) — двух. У 3 (15%) больных ввиду больших размеров и сложной конфигурации абсцесса было установлено три дренажа. В процессе динамического УЗ-контроля за течением воспалительного процесса производили многократные (от 2 до 4) дренирования и перестановки установленных ранее дренажей. Из них у 11 первоначально был установлен только один дренаж, который не обеспечивал адекватного оттока.

Поддиафрагмальные абсцессы имели место в 8 (40%), подпеченочные — в 6 (30%), сальниковой сумки — в 4 (20%), межкишечные — в 2 (10%) случаях. У 2 больных было сочетание абсцессов различной локализации. В 1 наблюдении межкишечные абсцессы носили множественный характер. Объем гнойных полостей варьировал от 20,0 до 1800,0 мл. Дренирование межкишечных абсцессов под УЗ-контролем считали возможным в случаях, когда их стенка была интимно спаяна с париеталь-



ной брюшиной. Частота возникновения интраабдоминальных абсцессов во многом была связана с особенностями и видом оперативного вмешательства.

Аспирированное во время пункции содержимое абсцесса направляли на бактериологическое исследование и определение чувствительности к антибиотикам. После установления дренажа гнойную полость промывали 0,5%-ным раствором диоксидина. Положительный эффект при санации гнойных полостей эхолокационным методом был достигнут у 17 (85%) пациентов. В 3 случаях, несмотря на многократные пунктионно-дренирующие вмешательства (ПДВ), в конечном итоге произвели релапаротомию. Из них у двух пациентов добиться положительного результата с помощью ПДВ не удалось ввиду наличия в полости абсцесса крупных некротических масс и густого гноя, препятствующих полноценной санации. В одном случае релапаротомия была предпринята для санации недиагностированного на УЗИ абсцесса в области верхнего полюса селезенки. Несмотря на неудачу, ПДВ в этих случаях явились первым этапом лечения гнойно-воспалительного процесса, что позволило уменьшить интоксикацию и подготовить больных к радикальной операции. Сроки дренирования интраабдоминальных абсцессов зависели от их размеров, сложности конфигурации, характера содержимого и микробной контаминации, а также связи с просветом полых органов. Минимальный срок дренирования составил 12, максимальный — 38 суток (в среднем $16,2 \pm 5,3$ суток).

Осложнения после ПДВ наблюдались у 2 (15%) пациентов. В одном случае отмечался гидроторакс вследствие затекания желчи в плевральную полость помимо дренажа, проходящего через плевральный синус. В другом после дренирования межкишечного абсцесса наблюдалось образование множественных тонкокишечных свищей. В первом случае лечение возникшего осложнения ограничилось санацией и дренированием плевральной полости, во втором произведена вынужденная релапаротомия с резекцией тонкой кишки, несущей свищи. Умер один больной с обширной гнойной полостью объемом более 1000,0 мл в подпеченочном пространстве после ушивания перфоративной язвы желудка, который поступил в клинику через 27 суток с момента операции в тяжелом состоянии. Несмотря на адекватную санацию абсцесса с помощью двух дренажей и активной аспирации, смерть наступила от нарастающей полиорганной недостаточности. Таким образом, летальность составила 5%.

Сравнивая эффективность релапаротомии и инструментальных методов лечения ПИО необходимо отметить, что традиционная лапаротомия является наиболее радикальным, а при возникновении послеоперационного перитонита, обусловленного несостоятельностью кишечного шва, и единственным

спасительным средством. При этом надеяться на благоприятный исход возможно лишь при своевременном ее выполнении. Однако травматичность хирургического доступа влечет за собой ряд тяжелых осложнений и, как следствие этого, увеличение сроков послеоперационной реабилитации больных, а также частоты летальных исходов. Как показало проведенное исследование, инструментальные методы лечения ПИО в большинстве случаев могут служить альтернативой релапаротомии. Их высокая эффективность в сочетании с малой травматичностью, несомненно, выглядят привлекательно для большинства хирургов. Однако в силу специфических особенностей той или иной методики ее использование должно регламентироваться строгими показаниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулжалилов М.К., Нажмутдинов З.З., Абдуллаев У.М. Анализ причин релапаротомий в больнице скорой медицинской помощи // Сборник трудов международного хирургического конгресса. — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 109.
2. Бебуришвили А.Г., Акинчич А.Н., Елистратова Е.Е. Малоинвазивные технологии как альтернатива релапаротомии // Сборник трудов международного хирургического конгресса. — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 112.
3. Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Акинчич А.Н. и др. Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении осложнений абдоминальной хирургии // Эндоскопическая хирургия, 2006. — № 5. — С. 25-29.
4. Будневский В.И., Демидов Г.И., Алленов М.А. Релапаротомия как путь снижения послеоперационной летальности в условиях ЦРБ // Сборник трудов международного хирургического конгресса. — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 115.
5. Глабай В.П., Шаров А.И., Архаров А.В. Релапаротомия в абдоминальной хирургии // Сборник трудов международного хирургического конгресса. — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 117.
6. Голик А.Д., Ситников В.Н., Турбин М.В., Погребняк И.В. Повторные операции в ургентной хирургии // Сборник трудов международного хирургического конгресса. — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 117.
7. Шугаев А.И., Шеху М.Д. Диагностика и оперативное лечение послеоперационного перитонита // Вестник хирургии, 1996. — № 2. — С. 114-116.
8. Фаррахов А.З., Красильников Д.М., Зайнуллин И.В., Галева О.П. Релапаротомия и послеоперационный перитонит // Сборник трудов международного хирургического конгресса. — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 136.

НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС
В КАТАЛОГЕ «РОСПЕЧАТЬ» 37140
В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КАТАЛОГЕ
ФПС «ТАТАРСТАН ПОЧТАСЫ» 16848